

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 54

PEMPHIGUS
ET
PEMPHIGOÏDES
DE L'ŒIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis VUATHIER

Né à Chambéry, le 17 Décembre 1893

TOULOUSE

E. H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Ancienne Librairie MARQUESTE

1921

PEMPHIGUS
ET
PEMPHIGOÏDES
DE L'ŒIL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis VUATHIER

Né à Chambéry, le 17 Décembre 1895

TOULOUSE

E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne Librairie MARQUESTE

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen.....	J. LEPINE.
Assesseur.....	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLÖSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS.
Chimie biologique.....		ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVÉ-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique.....		DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		VILLARD.
Thérapeutique.....		ARLOING (F.).
Pharmacologie.....		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Accouchements.....	COMMANDEUR.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Embryologie.....	HOVELACQUE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE. (G)	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, Président ; LERICHE, Assesseur ;

MM. COTTE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Capitaine d'Infanterie en retraite
Chevalier de la Légion d'honneur

*Faible témoignage de ma
profonde affection.*

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE

DE MON FRÈRE JOSEPH

Tué à l'ennemi à Bertrix, le 22 Août 1914

A MES SŒURS, A MON FRÈRE CHARLES

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

ET

THÉOPHILE, TARRIDE-MAURICE VIGUIER

Tués glorieusement à l'ennemi

MEIS ET AMICIS

A MES COMPAGNONS D'ARMES

du 57^e Régiment d'Artillerie
et de la 1^{re} Division Marocaine

A LA MÉMOIRE DE CEUX D'ENTRE-EUX

qui sont morts pour la France

AUX HUMBLES MÉD-AUX

de la guerre

A MONSIEUR
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GORSE

Médecin principal de 2^e classe
Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse

J'ai eu le grand bonheur d'être dans son service pendant les années 1919 et 1920. Je le remercie, non seulement de ses enseignements si précieux, mais encore des soins si dévoués et de l'attention si bienveillante, qu'il m'a témoignés lors de mon hospitalisation. Qu'il me soit permis de lui dire ici toute ma respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFORGUE

Médecin-Chef de l'Hôpital militaire
Directeur de l'Institut hydrologique de la Faculté de Toulouse

Hommage respectueux,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Lyon

*Pour le très grand honneur qu'il m'a
fait en me dirigeant dans la rédaction
de ce travail*

A TOUS MES MAITRES

de Toulouse et de Lyon

AVANT-PROPOS

Au mois d'avril 1921, M. le Professeur ROLLET, au cours d'une de ses cliniques magistrales, nous présentait une femme atteinte d'une maladie oculaire, rare, de « Pemphigus chronique ».

Quelques jours plus tard, ayant demandé à ce Maître si bienveillant, de daigner nous diriger dans le choix et la rédaction de notre thèse inaugurale, Il voulut bien nous confier l'observation de la malade citée plus haut, et, depuis, Il ne nous a ménagé ni ses conseils, ni ses directives, pour la composition de ce travail.

Que le lecteur veuille donc trouver dans ces lignes le fruit de ses enseignements.

Quant à nous, qu'il nous soit permis de Lui témoigner, ici, notre respectueuse reconnaissance.

Nous devons remercier M. le docteur ROSNOBLET, interne des hôpitaux de Lyon, pour l'obligeance avec

laquelle il nous a communiqué les notes et les observations des deux malades de la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet. Ses avis furent, pour nous, d'un précieux concours.

Notre gratitude va aussi à nos camarades et amis les docteurs TRARIEUX, ROCCA, BOIDÉ et LIEUX, qui nous ont aidé dans la traduction des textes de langues étrangères.

INTRODUCTION

En lisant les divers articles ou monographies ayant trait au Pemphigus oculaire, on est frappé de constater la diversité qui existe dans les descriptions cliniques données par les auteurs; la raison en est, que cette maladie, si rare, est peu connue et souvent confondue avec des dermatites ou des conjonctivites pemphigoïdes.

Le but de ce modeste travail n'est pas une étude complète. Nous avons seulement essayé de montrer l'intérêt qu'il y aurait à insister sur la différenciation des Pemphigus et des Pemphigoïdes. Ce qu'il y a d'important c'est, la publication des deux cas de Pemphigus chronique, tous deux typiques, bien que différant légèrement dans leur évolution clinique, que nous avons eu l'occasion d'observer dans le Service de M. le Professeur ROLLET.

CHAPITRE PREMIER

Définition, Historique

Par « *pemphigus* », en général et au sens étymologique du mot, on entend toute dermatose constituée par une éruption de *bulles*.

Ces bulles peuvent être, soit la caractéristique essentielle d'une entité morbide (*pemphigus* vrai : aigu ou chronique), soit au contraire des épiphénomènes au cours d'une autre maladie (*syringomyélie* par exemple). En d'autres termes, nous pouvons avoir, d'un côté un *pemphigus* vrai et de l'autre des manifestations « *pemphigoïdes* » et cela quel que soit le siège de ces bulles : peau, muqueuses ou l'œil et ses annexes.

Les éruptions bulleuses cutanées sont connues depuis fort longtemps, il n'en est pas de même de celles siégeant sur les muqueuses et surtout de celles intéressant la conjonctive et l'œil.

C'est Wichmann, en effet, qui le premier, en 1800, a signalé une affection bulleuse de l'œil. Un second cas est constaté par Alibert, en 1833. White Cooper, en 1858 donne une bonne description de la maladie. Stellwag en 1870, Von Kries et de Graefe en 1878 décrivent, le premier : la « syndesmite dégénérative », les autres : « l'atrophie essentielle de la conjonctive » (Essentielle Bindehaut Schrumpfung). Presque tous les auteurs admettent, aujourd'hui, que ces affections ne seraient autres que des manifestations du pemphigus vrai, à un stade plus avancé. « Pour de Graefe, l'atrophie essentielle et le pemphigus serait la même maladie; Becker, au contraire, pense que la syndesmite dégénérative et l'atrophie essentielle forme une seule et même affection, différente du pemphigus » (Salva). Arlt, en 1889, au cours d'une discussion à Heidelberg a prétendu que les cas désignés par Stellwag, sous le nom de syndesmite dégénérative, devaient être attribués à une forme grave de trachôme conjonctival plutôt qu'au pemphigus.

Les principaux auteurs du siècle dernier qui s'occupèrent du « pemphigus oculaire » sont : Savy de Wecker (4 observations), Gillet de Grammont, Bellencontre... A l'étranger : Cohn, Bäumler, Gelphe, Sachsälber, Steffan, Sattler, Füchs...

Toutes les observations décrites par ces auteurs se trouvent réunies dans les travaux de Pergens et de Franke, en Allemagne (1901). En France, Dartigalongue (*Thèse de Bordeaux*, 1903), rapporte 97 observations (dont 2 personnelles).

Depuis cette époque le « pemphigus oculaire » a

été étudié par un grand nombre d'auteurs tant en France qu'à l'étranger : les français : Salva, Le Roux, Landolt, Morax, Bourgeois, Bouchart... En Italie : Cirincione, Monesi, Gosetti, Casali, Bietti... En Amérique : Bane, Weidler, Chandler, Santos-Fernandez, Adam, Meyer, Hesse, en Allemagne. En Espagne, Delmiro de Caralt, qui a écrit une excellente monographie, à laquelle du reste nous ferons un large emprunt, surtout pour l'étude des différentes variétés.

A notre connaissance, environ 195 observations ont été publiées depuis Wichmann jusqu'à ce jour. En France, notre littérature n'en comprend que 22; par contre nous en relevons 80 chez les auteurs allemands; est-ce à dire que le pemphigus de l'œil serait plus fréquent en Allemagne, par exemple, que chez nous. Peut-être, mais il nous est permis de penser avec Besnier et Doyon que ce que l'on a décrit souvent Outre-Rhin, sous le nom de « pemphigus vrai » n'était que des manifestations bulleuses, des « pemphigoïdes », évoluant sur d'autres terrains, des épiphénomènes ajoutés à d'autres maladies. Au reste, Pergens, lui-même, n'admet comme vrais que 112 cas sur les 135 qu'il publie; et peut-être s'est-il encore montré trop large.

Pour nous, sur les 131 observations que nous relations, 60 environ (dont deux observées à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet) peuvent être rangées dans la catégorie des « pemphigus vrais ».

(Observations n^{os} 1, 2, 5, 7, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 23, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 45, 47, 51, 59, 60, 65, 67,

70, 72, 85, 89, 90, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 117, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131 et quelques autres douteuses).

Somme toute, même en ne discutant pas le diagnostic des cas observés et décrits par les auteurs, le pemphigus est une affection des yeux, rare.

a) Il est rare par rapport aux éruptions bulleuses de la peau : il a été donné par exemple, à Hébra, d'observer 200 cas de pemphigus de la peau, aucun des malades n'a eu l'œil atteint.

b) Il est très rare par rapport aux autres affections oculaires. Pergens eut 2 cas pour 22.000 malades, Cohn 1 pour 50.000. Dartigalongue donne comme moyenne 1 pour 20.000. Sur 40.950 malades vus à sa polyclinique, M. le Professeur Rollet en a observé deux cas.

Ces cas de pemphigus se voient chez des malades de l'un et l'autre sexe et sans préférence d'âge; cependant, certains auteurs admettent une prédilection de l'affection envers les femmes ayant dépassé la cinquantaine.

Les éruptions bulleuses atteignent donc rarement l'œil; il est vrai, qu'elles sont éphémères, aussi échappent-elles souvent à l'observation; et Xérosis et Cécité sont les épilogues d'une affection bulleuse passée inaperçue : c'est ce que nous étudierons, du reste, plus loin.

CHAPITRE II

Classification des “ Pemphigus ”

La plupart des auteurs qui ont étudié le pemphigus oculaire le distinguent selon qu'il intéresse :

- 1° La peau, les muqueuses et l'œil;
- 2° Les muqueuses et l'œil;
- 3° L'œil seul;
- 4° Enfin, une dernière catégorie comprendrait les « rétractions essentielles », mais sans bulles appréciables, ce que Delmiro de Caralt appelle « pemphigus sans pemphigus ».

C'est cette division qu'a adopté Pergens; il a relevé les chiffres suivants :

a) Sur 112 cas atteignant la peau et les muqueuses, l'œil est atteint 77 fois.

b) 15 fois, des bulles se montrent sur les muqueuses et l'œil.

c) 2 cas seulement n'intéressent que l'œil.

Pour nous, nous ne nous servons pas, ici, de cette classification; car, en admettant que Cirincione qu' « aujourd'hui personne ne doute plus que les manifestations cutanées du pemphigus soient de même nature que celles de la conjonctive », nous pensons qu'il vaut mieux étudier les différents cas, en les divisant suivant la nature du « pemphigus ». Il n'y a pas, ainsi que nous l'avons dit plus haut, des manifestations variées du pemphigus, mais à côté du *pemphigus véritable* (forme aiguë ou chronique) des « *pemphigoïdes* » de natures diverses. Nous devons donc étudier, en même temps, les divers phénomènes qui se passent, tant du côté de la conjonctive, que du côté des autres tissus de l'économie.

Mais, classer toutes les observations décrites dans la littérature, nous semblerait bien téméraire, car d'abord, certaines sont décrites un peu trop sommairement, et dans d'autres cas, « le diagnostic même de la dermatose est discutable et réclame toute réserve » (BESNIER et DOYON).

Aussi, dans les chapitres suivants, nous décrirons en donnant pour chaque cas un exemple, le pemphigus et les diverses variétés « pemphigoïdes », celles-ci étant les éruptions bulleuses, de beaucoup les plus fréquentes sur l'œil, car « le pemphigus vrai est de toutes les affections bulleuses, celle dans laquelle les

localisations oculaires et conjonctivales sont les plus rares » (BESNIER et DOYON).

Puis, dans une autre partie nous donnerons, résumées, les observations les plus intéressantes que nous avons recueillies dans nos lectures et *in extenso* celles des deux malades de la clinique de M. le Professeur Rollet.

CHAPITRE. III

Etude des Pemphigoïdes

Nous ne citerons que pour mémoire les éruptions bulleuses provoquées accidentellement, soit par des ingestions de divers médicaments chez certaines personnes (comme les bromures, les iodures), soit par des agents chimiques ou caustiques (brûlures). Mais nous nous occuperons ici de tous ces « faux pemphigus qui envahissent, avec quelque fréquence, la muqueuse oculaire et l'épithélium de la cornée, et qui se rencontrent décrits comme formes vraies dans la littérature ophtalmologique » (DELMIRO de CARALT), et avec cet auteur adoptant, comme lui, pour ces affec-

tions, le terme de « *conjunctivites pemphigoïdes* » nous les diviserons en :

- a) Urticaire bulleux.
- b) Erythème polymorphe bulleux.
- c) Dyshidrose.
- d) Pemphigus herpétiforme à poussées successives.
- e) Pemphigus aigu des nouveaux-nés.
- f) Pemphigus syphilitique.

URTICAIRE BULLEUX

Dans certaines formes d'urticaire les papules se couvrent de bulles, plus ou moins éphémères, qui peuvent laisser ensuite des croûtes.

Généralement il y a des poussées successives qui durent peu de temps.

Le diagnostic est assez facile.

Les enfants surtout sont atteints.

Le traitement consiste surtout en hygiène sévère. Gougerot recommande le bromhydrate de quinine associé à l'ergotine. Weill, le nucléinate de soude, dans les cas prolongés.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE BULLEUX

Cette affection est variée dans ses manifestations, méritant vraiment le nom de « polymorphe ».

Mais la variété qui est surtout intéressante pour

nous est l'érythème vésiculo-bulleux, à petites bulles plus ou moins herpétiformes (d'autrefois au contraire les bulles sont larges). Dans « l'herpès-iris en co-carde », l'éruption siège principalement sur le front, les joues et les lèvres, envahissant fréquemment la langue et le bucco-pharynx.

Cette éruption, précédée de troubles généraux : gastro-intestinaux constants, de fièvre, de céphalée, avec fréquemment des phénomènes articulaires, évolue en deux ou trois semaines. Dans la seconde période de la maladie, les érosions, qui remplacent les bulles, se recouvrent d'un exsudat diphtéroïde, de fausses membranes, mais peu adhérentes... Du côté de l'œil, très souvent atteint, puisque d'après Delmiro de Caralt, ce serait la « conjonctivite pemphigoïde » la plus fréquente, les bulles sont assez grandes et les érosions se couvrent rapidement de fausses membranes grises, où il est impossible de déceler du Lœffler.

Le traitement local donne de bons résultats : collyre à la novocaïne et pommade au xéroforme, mais c'est surtout le traitement général qu'il ne faut pas perdre de vue : à cause des troubles gastro-intestinaux constants, suppression de tout aliment indigeste et administration de purgatifs. (Voir l'observation CXXI).

DYSHIDROSE BULLEUSE

Certains adultes arthritiques ou dyspeptiques sont atteints à certaines époques de l'année (au printemps

et à l'automne principalement), d'éruption d'ampoules confluentes à liquide très clair. Le siège est surtout sur les pieds, les mains et le tronc, mais assez souvent le cou et la face peuvent être atteints.

Ces bulles se dessèchent en peu de temps, l'épiderme de revêtement tombe et découvre une surface lisse et rose. Parfois l'infection se surajoute; on a, alors, des formes impétigineuses. Le prurit est inconstant.

Du côté de l'œil, cette affection revêt la forme d'une « kératite bulleuse » très douloureuse, et presque toujours les deux yeux sont atteints.

Le diagnostic est assez facile, d'autant plus que la maladie récidive habituellement à des époques à peu près fixes. Le traitement général échoue très souvent. On donne de l'arsenic à hautes doses. Localement on doit chercher, avant tout, à éviter l'infection secondaire, aussi emploi de collyres et, si besoin est d'argyrol.

PEMPHIGUS HERPÉTIFORME A POUSSÉES SUCCESSIVES

Cette maladie qui pendant longtemps a été, à la suite de Kaposi, confondue avec le pemphigus chronique est surtout désignée à l'heure actuelle sous le nom de « dermatite herpétiforme » de DÜHRING ou encore de « dermatite polymorphe douloureuse,

chronique, à poussées successives » (Brocq) (1). Cette éruption revêt un très grand polymorphisme : apparition de placards rouges, accompagnée de douleur et de sensation de chaleur; ces placards sont semés çà et là de vésicules herpétiformes ou de petites ampoules disposées plus ou moins symétriquement.

Entre les poussées d'éruption, le malade est dans une longue période de calme et, malgré tout, conserve un bon état général.

Les auteurs ont recherché l'origine de cette affection. Elle est encore loin d'être connue, cependant l'éosinophilie très accusée fait pressentir un agent hémato-gène, qui pourrait provenir soit d'un défaut d'involution du thymus, d'un mauvais fonctionnement de la rate, soit enfin d'une lésion primitive de la moelle osseuse.

Du côté de l'œil, apparitions, à des époques successives, de petites bulles sur la conjonctive et sur la cornée. Ces poussées sont très douloureuses mais après la disparition des bulles, périodes de calme plus ou moins longues.

Le diagnostic de l'affection générale doit se faire avec le pemphigus « vrai »; c'est assez facile, étant donné que dans ce dernier l'état général est presque toujours atteint : troubles de la nutrition; enfin dans la maladie de Dühring, au moment des poussées, il y a du prurit et des phénomènes douloureux intenses.

(1) *L'herpès gestationis* est une variété de la maladie de Dühring. Malgré nos recherches nous n'avons pas pu trouver un cas d'*herpès gestationis* où l'œil ait été atteint.

Du côté de l'œil, le diagnostic différentiel sera basé sur le fait que dans la maladie de Dühring, il n'y a pas de brides cicatricielles après la disparition des bulles, et que l'affection n'aboutit jamais au xérosis.

Traitement général : employer l'arsenic à doses croissantes (arséniate de soude). Les injections intra-veineuses de quinine (Leszczynski) pourraient amener la guérison (?).

Contre le prurit : médicaments nerveux : belladone, valérienate.

Localement : anesthésiques, pommades à l'ichtyol, etc. (Voir observation LXXXVII).

PEMPHIGUS AIGU DES NOUVEAUX-NÉS

Ce n'est pas du pemphigus syphilitique des nouveaux-nés que nous voulons parler ici, car celui-ci siégeant aux paumes des mains ou aux plantes des pieds, n'envahit jamais les muqueuses, ni l'œil; mais nous voulons décrire une affection qui, au contraire, peut atteindre toutes les parties du corps, à l'exception des régions citées plus haut : des éruptions de bulles assez grandes durant peu, se voient chez des enfants peu favorisés au point de vue soins hygiéniques et surtout débilités par un mauvais allaitement; elles apparaissent d'ordinaire quinze jours après la naissance.

Très fréquemment cette affection siégeant sur la face atteint la muqueuse oculaire.

Bactériologiquement on peut trouver dans la sérosité des bulles, des streptocoques et des staphylocoques.

La guérison est la règle et en peu de jours, si l'on évite l'infection secondaire (impétigo).

Cette forme d'éruption bulleuse peut donner lieu à de véritables épidémies dans les crèches et les hôpitaux. (Voir observation X).

Comme traitement : veiller surtout à entourer ces enfants des soins hygiéniques nécessaires.

Lavages des placards à l'eau d'Alibour et ainsi, on évitera que l'œil soit atteint secondairement. Dans cette éventualité, lavages de l'œil avec solutions légèrement antiseptiques. Employer une solution de saccharine et de bicarbonate de soude (Delmiro de Caralt). La saccharine agit, ici, surtout comme anesthésique.

PEMPHIGUS SYPHILITIQUE

Outre la forme très fréquente, qui existe chez les nouveaux-nés, hérédosyphilitique (« pemphigus syphilitique palmo-plantaire »), qui, comme nous l'avons dit n'atteint jamais les muqueuses, on peut rencontrer, assez rarement du reste, chez l'adulte ayant une syphilis acquise, ou chez l'enfant héréditaire, des syphilides pemphigoïdes bulleuses qui naissent

sur des papules syphilitiques caractéristiques. A l'œil, nous aurons des syphilides conjonctivales ulcéreuses (cas de la fillette d'un an et demi, de Santos-Fernandez. — Voir observation CXIX).

AUTRES VARIÉTÉS DE PEMPHIGOÏDES

Nous mentionnerons notamment les éruptions survenant chez des malades atteints de syringomyélie, méningite cérébro-spinale, névrites... Certaines maladies infectieuses, comme l'érysipèle, la rougeole peuvent être, par exception, bulleuses... La lèpre peut déterminer des éruptions bulleuses. Enfin, bien que Babinski ait dit que le « pemphigus hystérique » n'existe pas nous devons, au point de vue oculaire, citer l'observation de la jeune fille hystérique (cas de Fromaget et Lavie, voir observation CIV).

CHAPITRE IV

Etude du Pemphigus vrai

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, on admet généralement aujourd'hui, que les manifestations cutanées du « pemphigus vrai », sont de même nature que celles qui envahissent les muqueuses. Par conséquent l'étude de pemphigus vrai de l'œil ne peut, en aucune manière, être séparée de celle du pemphigus généralisé, mais un travail complet sur cette question serait beaucoup trop vaste et dépasserait le cadre de l'étude que nous avons entreprise ici.

Aussi, nous plaçant au point de vue oculaire, nous envisagerons successivement :

1° *L'anatomie pathologique.*

2° *L'étiologie et la pathogénie* (la première doit être commune à tous les pemphigus vrais, quel que soit leur localisation).

3° *La symptomatologie* (et à propos de cette dernière, nous étudierons les différentes formes).

4° *Le diagnostic.*

5° *Le pronostic.*

6° *Le traitement.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Selon Chambard, toute éruption *pemphigineuse* (nous employons ce terme, à la suite de Delmiro de Caralt, pour distinguer les bulles du pemphigus vrai, des pemphigoïdes), revêt quatre stades successifs pour l'éclosion des bulles :

1° Hyperhémie neuroparalytique.

2° Congestion consécutive.

3° OEdème épidermique.

4° Phlycténisation.

La période congestive indispensable pour la transsudation et le soulèvement de l'épiderme va en diminuant au cours de la maladie et les poussées de bulles tendues au début, sont suivies d'autres plus flasques, supportées par un épithélium moins oedématié. Enfin, selon cet auteur on arriverait peu à peu à une époque où, au lieu d'apparition de bulles, on aurait des petites dépressions de l'épithélium; ce fait serait produit par ce que les adhérences des cellules épithé-

liales entre elles seraient très diminuées, et pour la peau, la couche cornée se séparerait du corps muqueux, à la plus légère pression, phénomène connu sous le nom de « signe de Nikolski ».

Sur la conjonctive, la poussée congestive qui, sur la peau, détermine une cavité sous épidermique, peut provoquer aussi une congestion œdémateuse, avec transsudation dans les couches sous-épithéliales et adénoïdes. Les bulles seraient très fugaces, étant donnée la structure très délicate de son épithélium et de celui de la cornée (Adam). La région hyperhémique se déchirerait, par suite de la ténuité des couches superficielles, et formerait ainsi des exulcérations, recouvertes d'exsudats blanc grisâtre. Ceux-ci seraient le fait des lambeaux épithéliaux mortifiés et infectés secondairement. Cependant, dans les poussées successives, au lieu de se recouvrir de ces exsudats, de ces pseudo-membranes, les ulcérations auraient une tendance manifeste à former du tissu cicatriciel; et d'après Michel et Chambard, les cicatrices devenant plus nombreuses à la suite des poussées éruptives successives, amèneraient une rétraction cicatricielle, formant des plis perpendiculaires, allant de la conjonctive bulbaire à la palpébrale. Cette rétraction provoquerait la diminution de la profondeur des culs-de-sac (Symblépharon).

Les auteurs anciens croyaient que le mécanisme du Symblépharon était tout autre et beaucoup plus simple. Pour eux, il était simplement le fruit de l'accolement des deux surfaces conjonctivales dénudées par les ulcérations et restées en contact. Le *trichiasis*

et l'entropion sont provoqués aussi par la rétraction cicatricielle.

Les bulles pemphigineuses ont donc un aspect différent selon qu'elles siègent sur la peau ou sur la conjonctive. Sur celle-là, d'observation plus facile, les différentes modifications que subit la bulle sont les suivantes : au début le contenu est citrin, puis il devient opaque et finalement purulent et parfois hémorragique.

Sur la conjonctive au contraire la bulle soulevée par la sérosité citrine, accumulée sous l'épithélium se rompt et le tissu sous-épithélial laissé à découvert, saigne, mais pendant peu de temps, car la thrombose des vaisseaux se fait rapidement.

Cirincione et Monesi ont étudié microscopiquement les altérations produites par le pemphigus. Au début, le phénomène principal est la diminution et bientôt la disparition totale des cellules caliciformes, qui se trouvent situées dans la structure de l'épithélium. Ce manque de cellules caliciformes est la cause de la sécheresse de la cornée et de la conjonctive, malgré que les larmes, secrétées en quantité plus ou moins normale, continuent à venir baigner ces tissus. Ce défaut de lubrification aboutit à la formation du xérosis.

Du côté des conjonctives, on peut constater microscopiquement, que l'épithélium conjonctival a disparu peu à peu et qu'à la phase ultime (sympylépharon) ce ne sont pas les épithéliums conjonctivaux

bulbaires et palpébraux qui sont en contact, mais les tissus sous-épithéliaux, car les tissus superficiels ont été complètement éliminés.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie du pemphigus est encore à l'heure actuelle bien obscure. Plusieurs théories à ce sujet ont été émises; elles ont été discutées par Grousset dans sa thèse :

On peut les ramener à trois groupes :

- a) Théorie nerveuse.
- b) Théorie toxique.
- c) Théorie infectieuse.

Théorie nerveuse. — Le pemphigus est une « trophonévrose ». Cette théorie, autrefois, avait le plus grand nombre de partisans; encore les uns faisaient-ils remonter l'origine du pemphigus à des lésions centrales, tandis que d'autres à des lésions périphériques.

Cirincione, en 1895, a au cours d'une autopsie trouvé des lésions de dégénérescence dans le ganglion de Gasser et dans le ganglion ciliaire.

Un an plus tard, Gaucher et Gastou rapportaient l'observation de deux malades atteints de pemphigus chronique avec troubles nerveux, arthropathie chez l'un, hémiplégie chez l'autre. Bientôt après, Gastou citait le résultat de deux autopsies de pemphigus

chronique où il avait trouvé des adhérences des méninges spinales, de la vascularisation et de la friabilité de la moelle; pour lui, le pemphigus serait dû à une myélite centrale, périépendymaire, comme la syringomyélie.

Kaposi attribua l'affection à une lésion myélopathique.

Déjerine a trouvé des altérations des filets nerveux périphériques consistant en fragmentation de la myéline du cylindre axe, et épaissement de la gaine de Schwann.

Marionelli a décrit des modifications du côté du grand sympathique.

De nombreux auteurs, Jarisch entre autres, ont trouvé de la sclérose des cordons de Goll.

Pour Bouchart, le pemphigus est une trophonévrose des téguments, due à des troubles du chimisme général.

Théorie toxique. — « On sait que chez certaines personnes l'usage des fraises, des huîtres, amène des poussées d'urticaire; que chez d'autres, il se produit de l'érythème à la suite d'absorption d'antipyrine ou de morphine; par analogie, on a pu penser que certaines intoxications pouvaient provoquer une éruption de pemphigus sur la conjonctive » (Salva). Certains auteurs estiment que le pemphigus est une véritable intoxication.

Audry et Gérard concluent qu'il existe chez les malades, un poison inconnu qui provoque tout d'abord des lésions épidermiques, et plus tard, des troubles

multiples dans l'organisme; et cela par l'action du poison provoquant l'atrophie des cornes postérieures de la moelle et aussi des altérations des nerfs sensitifs à leur origine dans la substance grise des centres nerveux.

Brocq estime que le poison produit des altérations transitoires du système nerveux.

Casali, lui aussi, est partisan de cette théorie « les phénomènes généraux, plus ou moins accentués, accompagnant l'éruption surtout au début les poussées successives... sont des faits cliniques qui en imposent pour une intoxication; à l'appui, viennent encore les faits observés dans les autopsies du pemphigus, comme la dégénérescence graisseuse du myocarde et du foie et peut-être aussi les néphrites ».

Théorie infectieuse. — C'est la théorie la plus jeune en date, et c'est celle qui compte le plus de partisans; mais, malheureusement, les auteurs sont loin d'être d'accord.

Gelpke trouva des diplocoques dans la sécrétion conjonctivale.

Unna trouva dans la sérosité des bulles de l'œil et de la gorge des streptocoques très virulents, qui provoquèrent, après inoculation à l'œil d'un chien, de la panophtalmie.

Uhthoff mit en évidence des staphylocoques blancs et dorés.

Bellencontre décéla aussi des staphylocoques et un grand nombre de streptocoques.

Pergens conclut que les bulles au début sont abso-

lument stériles et qu'elles ne sont envahies par des microbes que secondairement.

Bietti a fait des recherches bactériologiques dans le contenu des bulles, il n'a pas trouvé de germes pathogènes.

Gaubern a trouvé des streptocoques et des pseudobacilles de Loeffler.

Campana considère comme agent spécifique un petit streptocoque à chaîne brève qui fond rapidement la gélatine.

Delme trouva un diplocoque; Basini des staphylocoques...

D'autres auteurs ont donné comme cause du pemphigus les microbes les plus divers, tels que le colibacille, le bacille pyocyanique... (1).

On voit donc, que cette diversité d'opinion et de résultats, n'est pas faite pour apporter beaucoup de lumière à la pathogénie de l'affection. Au reste, à la suite de Pergens, on pourrait estimer que toutes ces cultures restées non stériles sont le fruit de l'infection secondaire. Cependant Cirincione a, en 1915, fait des recherches en s'entourant de toutes les précautions, pour ne cultiver aucun germe étranger à la sérosité de la bulle; et ayant eu l'avantage de faire son prélèvement dans des bulles écloses quelques instants auparavant, il cultiva des microcoques très

(1) Les italiens prétendent que l'agent du pemphigus est un bacille découvert par RADAËLI, dans la moelle osseuse. (*Tommasi, Lutati*).

petits. Il retrouva ces microcoques dans les bulles d'un autre malade atteint de pemphigus.

Voici les caractères du microcoque qu'il a isolé :

Microcoque très petit.

Par sa disposition (2 à 2), il semble qu'il dût avoir de l'affinité avec le diplocoque de Frœnkel; l'examen des cultures a démontré que l'affinité est limitée et qu'il s'agit d'un autre germe.

Gram positif.

Aérobie ou Anaérobie.

Cultive à la température de la salle.

Il fluidifie la gélatine.

Il trouble le bouillon et donne un léger voile à sa superficie.

Ne coagule pas le lait, mais l'acidifie.

La fluidification de la gélatine commence le long du trajet d'ensemencement; mais après vingt-quatre heures il se forme un véritable cylindre liquide avec à la surface, une pellicule blanchâtre.

Sur gélatine, il donne des colonies obscures, finement tachetées, et à bords nets.

Sur agar il a les mêmes caractères que le pneumocoque (pellicule non transparente à la surface).

Cicincione a rencontré ce microbe dans les bulles et sur la conjonctive en culture pure ou en grande prédominance. Cependant il n'a pas pu le mettre en évidence dans le sang des malades, même pas aux périodes de poussées éruptives ou d'accès fébriles. Il voulut tenter la preuve biologique en injectant un centimètre cube de culture dans la cavité péritonéale

d'un lapin. Celui-ci meurt en cinq jours. L'auteur prélève du liquide contenu dans la cavité péritonéale et en fait des cultures, dans lesquelles il retrouve son diplocoque.

L'injection d'un centimètre cube dans les veines caves, provoque la mort d'un lapin en quatre jours par septicémie. On peut décèler le diplocoque dans les liquides épanchés dans les séreuses.

Une injection de un demi-centimètre cube sous la conjonctive d'un lapin, détermina une conjonctivite catarrhale qui guérit en quatre jours et disparut complètement au bout de quelque temps.

Des instillations répétées quotidiennement pendant quinze jours, sur la conjonctive d'un lapin, d'un chien, d'un cobaye, avec des cultures de quarante-huit heures diluées n'ont produit qu'une conjonctivite catarrhale chronique simple.

Cirincione conclut son étude : « d'après tous ces faits, je serais tenté de conclure, que ce diplocoque est le germe du pemphigus dans les cas observés par moi, cependant la preuve biologique manque et c'est la plus importante. Aussi, me contenterai-je de dire que les altérations conjonctivales provoquées par le pemphigus étaient accompagnées d'un diplocoque analogue à celui de Frœnkel ». On ne peut donc pas dire, à l'heure actuelle, que le diplocoque de Cirincione est l'agent spécifique du pemphigus; il faudra que de nouvelles observations viennent corroborer celles de Cirincione. Nous savons bien que Bordley a, lui aussi, trouvé des diplocoques petits, mais il ne décrit aucun de leurs caractères...

De tout ce qui précède, et en se basant sur les constatations anatomiques, invoquées par les théories nerveuses et toxiques, nous pouvons dire que le pemphigus est causé par un microorganisme qui sécrète des toxines, avec une activité intermittente, lesquelles agissant sur le système vasculaire par l'intermédiaire des centres nerveux et plus spécialement de la moelle grise, siège des centres d'origine des nerfs sensitifs et trophiques du système cutané, provoque la neuroparalyse des filets intéressés, la congestion consécutive des vaisseaux qu'ils innervent et les modifications du chimisme des tissus qu'ils nourrissent (Delmiro de Caralt).

L'action élective des toxines sur la moelle fait que les altérations simplement toxémiques se convertissent en lésions dégénératives. On s'explique que dans l'autopsie des malades ayant succombé en pleine cachexie, on observe la destruction des cordons postérieurs de la moelle et des ganglions; faits qui ne se rencontrent pas à la nécrose des malades emportés par une affection intercurrente dans une phase moins avancée.

Mais, comme l'a écrit Grousset, ce n'est là qu'une explication plausible; la preuve reste à faire, et comme le dit de Saint-Martin, pour la cause du pemphigus « l'hypothèse la plus satisfaisante serait d'admettre sa nature syphilitique ». C'est pourquoi nous devons nous poser, ici, cette question :

LE PEMPHIGUS VRAI EST-IL D'ORIGINE SYPHILITIQUE ?

Il est certain que si l'on arrivait à prouver la na-

ture syphilitique du pemphigus, sa pathogénie se trouverait de ce fait, particulièrement éclaircie. Aussi, devons-nous discuter les principaux arguments, qui ont été donnés en faveur de cette théorie :

1° Certains malades atteints de pemphigus sont des syphilitiques avérés, d'autres présentent des stigmates d'hérédo-syphilis.

2° La réaction de Wassermann a été positive dans un grand nombre de cas.

3° Dans certaines observations le traitement anti-syphilitique a paru amener un arrêt et parfois même une régression dans l'évolution des manifestations pemphigineuses.

1° *Syphilitiques et hérédo-syphilitiques atteints de pemphigus.* — Certains malades, nous sommes d'accord sur ce point, avouent la syphilis; dans nos observations on peut en trouver plusieurs exemples (voir notamment les observations CXXIII et CXVII). D'autres présentent des stigmates de dégénérescence.

Mais à cela nous opposons un plus grand nombre de cas, où les malades sont sains et robustes, jusqu'à l'apparition des éruptions bulleuses; où la syphilis n'a pas pu être dépistée : dans les observations de la clinique de M. le Professeur Rollet, cette affection n'a pas pu être mise en cause; la première malade de Dartigalongue (obs. 98) avait été étiquetée « syphilitique » au début de l'affection mais, dans la suite, les médecins qui l'ont traitée, ont dû revenir sur ce diagnostic. Nous pourrions encore citer d'autres exemples.

2° *Réaction de Wassermann.* — Le Wassermann a été positif dans un assez grand nombre de cas; discuter la valeur « spécifique » de la réaction nous entraînerait beaucoup trop loin... et puis des auteurs (Ravaut) prétendent, actuellement, que certaines médications, entre autres des injections d'arsénicaux, peuvent provoquer une réaction positive... Mais, qu'importe ! le Wassermann a été toujours négatif chez un grand nombre de malades atteints de pemphigus (soit, par exemple, les observations de Cirincione : observations CXXV à CXXVIII, et de Stieren observation CXXIV).

3° *Efficacité du traitement.* — Admettons un instant, que tous les cas de pemphigus aient été guéris, ou tout au moins influencés favorablement par le traitement antisypilitique. Doit-on admettre pour cela, la nature syphilitique de cette affection ? Nous ne le croyons pas et ici nous envisageons l'étude de la « spécificité du traitement ». Il est très simple quand on ne peut pas diagnostiquer une affection, de recourir à une médication donnée. Si celle-ci donne de bons résultats, le médecin, aidé par la clinique, conclut qu'il a affaire à telle maladie. Mais, voici deux agents microscopiques qui produisent tous deux une « infection hématique chronique » ; les pathogénies des phénomènes qu'ils engendrent ont des points communs. Ces deux affections ont une marche quasi identique, il y a des chances pour qu'une médication qui influence l'une favorablement, agisse de même envers l'autre.

L'iodure de potassium, ce médicament qui a une action vraiment spécifique en face des gommés syphilitiques, n'en possède pas moins une action tout aussi élective à l'égard de certaines mycoses, par exemple.

L'arsenic, sous quelque forme que ce se soit, agit dans un grand nombre d'affections (Leishmanioses), et, disons-le tout de suite, sur le pemphigus, mais hélas d'une manière inconstante et peu durable.

Le traitement mercuriel n'a jamais à notre connaissance donné aucun résultat contre le pemphigus vrai.

Nous sommes partis, au début de ce paragraphe, d'une hypothèse fautive, car le pemphigus ne guérit pas par le traitement anti-syphilitique. Certains cas peuvent avoir subi un arrêt sous l'influence de préparations à base d'iodure de potassium ou d'arsenic, mais ces faits ne sont que trop souvent passagers et, dans les observations où des améliorations ont été constatées, il importerait, peut-être avant tout, de savoir si le diagnostic de pemphigus vrai a été porté à juste titre, et si nous n'avons pas affaire à une manifestation bulleuse de la syphilis (Syphilides ulcéreuses pemphigoïdes) — cas de la fillette de Santos-Fernandez — observation CXIX). Nous constatons, en effet, dans les observations où le diagnostic de la dermatose est le moins sujet à controverse, l'échec complet du traitement (cas de Monesi, où une cure mercurielle n'a pas enrayé le processus, observation CVIII; de Dartigalongue, observation XCVIII; de Stieren, observation CXXIV).

Un cas particulièrement intéressant est celui relaté par Fehr (observation CXVII) où, chez un malade syphilitique atteint de pemphigus, les manifestations qui appartiennent à la première affection, cèdent devant le traitement (« 606 »), tandis que le pemphigus de l'œil ne subit qu'une amélioration passagère; et cependant pour cet auteur, le pemphigus serait une manifestation de la syphilis.

Nous apporterons encore un autre argument à l'appui de notre thèse. Bon nombre d'auteurs ont étudié la bactériologie de la sérosité des bulles, et aucun n'a pu déceler, malgré le grand nombre de recherches, le tréponème. Toutefois, ce microorganisme a été trouvé dans toutes les lésions syphilitiques; on l'a trouvé notamment dans cette « dermatite syphilitique palmio-plantaire » des nouveaux-nés. (Nous en avons vu maintes préparations à la clinique obstétricale du Professeur Fabre).

Tous ces faits nous autorisent à conclure cet exposé, en disant que la syphilis et le pemphigus vrai sont distincts, mais qu'ils peuvent cependant évoluer simultanément chez le même individu.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous devons distinguer ici entre les deux formes :

1° La forme aiguë, dite grave.

2° La forme chronique.

1° *Pemphigus aigu grave* (1). — Des éruptions de bulles citrines ou sanguinolentes apparaissent à la fois sur la peau et les muqueuses. Cela d'une manière brusque. Ces éruptions sont accompagnées de phénomènes généraux : frisson, rachialgie, vomissement avec une haute élévation de température.

Cette forme a été peu étudiée au point de vue oculaire, car vu son évolution rapide et sa gravité, elle échappe à l'examen des spécialistes.

Anderson rapporte une observation d'un jeune homme de 29 ans, qui souffrit d'un accès de fièvre, suivi d'une éruption générale de pemphigus de la peau et des muqueuses buccales et oculaires. La peau desquama en totalité en laissant de nombreuses taches brunâtres. Les ongles disparurent et furent remplacés par des crêtes cornées.

Du côté des yeux, en l'espace de quelques heures : un symblépharon total des deux paupières inférieures : Adhérences des canthus externes et internes. Xérosis de l'épithélium cornéen et conjonctival, avec kystes des glandes lacrymales, par rétention. (Voir aussi l'observation de Bietti, CXIV).

2° *Pemphigus chronique* (2). — Cette forme est

(1) C'est à l'Ecole Lyonnaise, la première en date avec la thèse de NODET (1880), que revient l'honneur d'avoir distingué le pemphigus aigu grave, des pemphigoïdes. Les travaux de BESNIER et DOYON, LAILLER, BALLARD et BROCCQ vinrent plus tard.

(2) Le pemphigus chronique a des variétés : P. foliacé, P. végétant de NEUMANN, qui ne donnent pas des symptômes oculaires différents (observation CIII).

caractérisée par un début le plus souvent insidieux, et une évolution chronique et progressive.

Les symptômes du *début* sont donc en général peu marqués, et ainsi passent inaperçus. L'affection débute le plus souvent par la conjonctive; le tarse et la cornée sont envahis ensuite. D'autrefois la cornée est atteinte d'emblée.

Il est rare, d'être à même de constater les premières éruptions car, comme nous l'avons dit plus haut (anatomie pathologique), les bulles sur la conjonctive et la cornée ont une durée éphémère (observation de Monesi CVIII). Le plus souvent on voit apparaître sur la conjonctive une *légère inflammation catarrhale*, comme phénomène prémonitoire. Mais cette conjonctivite elle-même peut passer pour banale et le spécialiste n'est pas souvent consulté à ce sujet (cas de la première malade de M. le Professeur Rollet, observation I). Cependant la rétraction cicatricielle se faisant rapidement, un *entropion* avec *trichiasis* occasionne une gêne considérable au malade, qui consulte alors un spécialiste (cas de la malade de l'observation I); celui-ci peut en instillant une matière colorante (bleu de méthylène), constater les ulcères conjonctivaux et cornéens.

A cette époque la photophobie et le larmolement ne sont pas constants (peut-être ces deux phénomènes n'existent que lorsqu'il y a infection secondaire). L'élévation de température n'a pas toujours lieu. Cependant, au contraire, dans presque tous les cas, on a, dès le début, des troubles de l'état général.

Puis en même temps que par suite des poussées

successives, l'épithélium conjonctival bulbaire et palpébral s'élimine peu à peu en formant des brides cicatricielles, les ulcérations produites sur la cornée donnent des taies; puis survient un *pannus* d'abord léger, mais de plus en plus épais, enfin la cornée s'opacifie totalement, par suite de la disparition de certains éléments de sa structure (cellules caliciformes) et sa transformation en véritable tissu cicatriciel. A ce stade on peut déjà constater une grande diminution de la sensibilité de la cornée. Plus rarement les ulcérations cornéennes peuvent prendre un caractère serpigneux : on se trouve alors en présence d'un *ulcus serpens* avec toutes ses graves conséquences : perforation de la cornée, irido-prolapsus et même expulsion du cristallin et perte du vitré; il se produit alors tantôt de la phthisie du globe, tantôt de la buphtalmie ou bien encore de la panophtalmie (Salva).

Au stade ultime, conjonctive et cornée sont atteintes de *xérosis*; celle-là est assombrie, desséchée, celle-ci sèche, dépolie, apparaît comme recouverte d'un enduit graisseux jaunâtre que les larmes n'humectent plus. (La sensibilité de la cornée à ce moment a complètement disparue).

Bien souvent, c'est à peine si l'on peut voir cette surface jaunâtre, car la fente palpébrale s'est notablement rétrécie par suite de l'accolement des bords palpébraux en partant des angles internes et externes (*Ankyloblépharon*), tandis que les tissus sous-jacents venus remplacer les deux conjonctives bulbaire et palpébrale se sont soudées (*Symblépharon*)

et ainsi le malade qui avait vu son *acuité diminuer*, à mesure que s'augmentait l'opacification de la cornée, arrive peu à peu à avoir l'œil atrophié et non seulement complètement *aveugle*, mais encore *immobile* par suite des *symbélépharons*.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic vu la rareté de l'affection est souvent méconnu au début, nous ajouterons même presque impossible, à moins d'assister à l'éclosion de bulles sur l'œil, ce qui est rare (peu d'auteurs ont eu cet avantage et du reste, il les ont constaté à une période plus avancée (MONESI, CIRINCIONE).

Toutefois, si le spécialiste a soin d'examiner la gorge du malade, il pourra trouver là des érosions, des cicatrices, peut-être même de bulles qui lui feront réserver son diagnostic. Sans cela, s'il n'y a, ni pemphigus des muqueuses, ni pemphigus de la peau, l'attention ne sera pas attirée et l'on prendra le début de cette affection redoutable pour une simple « *conjonctivite catarrhale* ».

Plus tard, au moment où l'on trouve des cicatrices dans les culs-de-sac, le pemphigus de l'œil pourra être confondu avec le « *trachôme* ». Plusieurs malades ont été traité pour « granulations » (observations de la deuxième malade de M. le Professeur Rollet et observation CIX).

Mais d'avoir constater des bulles ou des cicatrices ne suffit pas pour établir le diagnostic, il faut différencier le pemphigus des « *pemphigoïdes* » (en particulier avec les syphilides, la dermatite de Dühring, l'érythème polymorphe bulleux, et même exceptionnellement avec des tuberculides). Cela n'est pas toujours facile et seuls les progrès du mal pourront autoriser à porter un diagnostic; l'échec, la plupart du temps, des diverses médications employées en ophtalmologie fera présenter au médecin traitant, qu'il n'a pas affaire à une infection locale mais générale.

Des dermatologistes (Unna, par exemple), nient la véracité du pemphigus de l'œil, qui n'est pas accompagné d'éruptions de la peau ou des muqueuses et cependant bon nombre d'observations sont là où l'œil a été atteint bien avant la peau ou les muqueuses (observation II, observation C).

Dans la suite, quand le tableau complet existe : atrophie du bulbe, opacification de la cornée, ankyloblépharons et symblépharons, avec le plus souvent un mauvais état général, l'erreur de diagnostic n'est plus permise.

PRONOSTIC

La durée d'évolution du pemphigus est assez variable, mais le pronostic est toujours *très grave*.

Si des pemphigus évoluent en quelques jours (forme aiguë, comme le cas d'Anderson cité plus haut qui aboutit à la mort en quelques jours), d'autres mettent des années; mais tous ces cas ont une mauvaise terminaison.

Localement, le pemphigus aboutit à la *cécité complète*, si le malade n'est pas emporté auparavant; car le pronostic pour la santé générale n'est pas meilleur. Cependant il y a quelques exceptions, où l'état général se maintient assez bon pendant longtemps (observation XCVIII, observation II), mais presque toujours les malades tombent vite dans la *cachexie* et *meurent*.

On a cité des cas de guérison (Gunn, Samelsoln), mais il faudrait, avant tout, être sûr — et nous avons déjà insisté sur ce point — du diagnostic de l'affection; ou bien encore l'observation du malade n'a peut-être pas duré assez longtemps et après une accalmie plus ou moins longue, on voit réapparaître des manifestations pemphigineuses.

Devant un pronostic aussi sombre, on serait porté à excuser les malheureux malades, qui, avertis de leur sort mettent fin à leurs jours (observations XCVI, CXIV, CXXIII).

TRAITEMENT

La thérapeutique est hélas encore, à l'heure actuelle, impuissante à améliorer un pronostic aussi

grave. Le si grand nombre de traitements divers, employés contre le pemphigus de l'œil, prouve bien qu'il n'existe aucune médication réellement efficace; on ne pourra lutter avantageusement que lorsque la pathogénie sera mieux définie.

Moyens chirurgicaux. — Pour remédier à l'atrophie conjonctivale, de nombreuses tentatives de transplantation de greffes de muqueuses ou dermiques ont été faites : muqueuse des lèvres, Deutschmann (observation XLVII) et Walter (LXXXVIII); muqueuse préputiale, Sachs; Franke (XC); muqueuse vaginale, Fischer; de Graefe essaya d'abord la muqueuse du chien, puis la muqueuse de la bouche de l'homme. Gillet de Grammont (LX) fit même une transplantation de peau de grenouille.

D'autres auteurs essayèrent des greffes dermiques : Vossius (XLI) avec la peau voisine des paupières; Franke (XCI); avec un pédicule, Deutschmann (XLVII); Sachsalber (LXVII).

Mais greffes de muqueuses ou dermiques échouèrent dans tous les cas; seuls E. et F. Landolt et Bourgeois enregistrèrent de bons résultats en employant le procédé de White Cooper, légèrement modifié (voir la relation de leurs interventions dans les observations CIX et CXV). Est-ce par qu'ils opérèrent leur malade assez tôt ou bien ce succès n'est-il que passager ? Et l'on peut se demander si les quatre ans durant lesquels Landolt et les deux ans durant lesquels Bourgeois ont suivi leur malade sont suffisants pour décréter que l'affection est complètement guérie; il

y a des cas en effet où le pemphigus évolue si lentement et avec de longues périodes stationnaires entre les poussées.

Les opérations ordinaires pour remédier au trichiasis et à l'entropion n'ont jamais donné de résultats (observations XCVIII et LII par exemple).

Moyens médicaux. — a) *Médication interne.* — Un grand nombre de médications ont été essayées.

a) *Médication interne.* — Un grand nombre de médications ont été essayées.

On a prescrit, entre autres, le fer, la quinine, l'huile de foie de morue; Bellencontre a même employé le sérum antidiphthérique (observation LXXXV) mais tout cela sans aucune amélioration.

L'arsenic a un grand nombre de partisans — sans aucun bon résultat cependant, pour de Vaucleroy (obs. CI) — il a été essayé dans les cas récents sous forme de novarsenobenzol; mais le plus souvent les améliorations qu'il occasionne ne sont que passagères et le processus continue. Pour Delmiro de Caralt, il faut employer l'arsenic sous forme d'arséniate de soude à la dose de deux à trois centigrammes ou de liqueur de Fowler à la dose de vingt-cinq gouttes journalières augmentées progressivement (observation CXXIV). Il dit aussi que l'on devrait utiliser la voie intrarachidienne, pour injecter le novarsenobenzol, lorsque la maladie est dans un stade avancé. Les injections d'arsénicaux ont été employées à la clinique de M. le Professeur Rollet (obs. I), mais elles

n'enrayèrent en rien l'évolution locale, tout au plus elles conservèrent un assez bon état général.

L'iodure de potassium essayé aussi à la clinique de Lyon n'a pas eu de meilleure réussite; d'autant plus qu'il doit être donné à des doses élevées qui sont mal tolérées (obs. I et XCVIII). On y aura recours associé au biiodure de Hg, chez les enfants, sous forme de sirop de Gibert.

Le traitement mercuriel a toujours échoué (obs. de Stieren CXXIV, obs. CVIII).

b) *Médication locale.* — On a conseillé le nitrate d'argent (Cooper), le sulfate de cuivre, le chlorure de chaux (Borysiekievicz), le sulfate de zinc (Hassan) de Wecker proposa même un appareil pour humecter les yeux. Tous les collyres à base de substance mucilagineuses ou d'huile, de glycérine, etc., ont été essayés. Certains auteurs ont fait des applications de pommades variées, de compresses chaudes, de compresses de mauve et de camomille.

Les instillations de préparations à base de cocaïne, ont réussi au moins à calmer dans les pemphigus douloureux.

Moyens physiques. — Pour corriger l'entropion on a employé la galvano-cautérisation, ainsi que pour lutter contre les ulcères, dans ce dernier cas on a voulu aussi utiliser l'électrolyse (obs. de Bellencontre, LXXXV).

La radiothérapie à l'heure actuelle est fréquemment mise à contribution (Schunway, obs. CX; Zent-

mayer, obs. CXIII. Les deux cas de M. le Professeur Rollet, obs. I et II), mais des auteurs ont noté des échecs complets (Pyle CXI et CXII).

*
**

Nous avons cité ici les principaux traitements employés; à la lecture de nos observations on pourra se rendre compte que la diversité est plus grande encore, mais tous échouent d'une façon à peu près complète.

A notre avis actuellement la marche à suivre est la suivante : on peut tenter, surtout si l'on voit un cas de pemphigus au *début*, l'opération de Landolt (autoplastie à lambeau pédiculé dermo-épidermique) ou celle de Bourgeois :

Faire des instillations calmantes sur l'œil malade; lavages antiseptiques légers.

Maintenir l'état général par des toniques et des arsénicaux.

Enfin, il serait bon de prescrire une cure de radiothérapie.

Mais tout cela sans espoir de succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Pemphigus oculaire chronique bilatéral, accompagné de pemphigus des muqueuses et de la peau. — Xérophtalmie. — Symblépharon. — Cécité de l'œil gauche.

M^{me} X..., âgée de 58 ans. Ménagère, entrée le 20 mai 1920 à la clinique, salle Sainte-Claire. Ses parents sont morts très âgés. Elle eut quatre frères ou sœurs. Un frère mort à 5 ans, d'angine diphtéritique. Un autre mort à 21 ans, de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte à l'âge d'un an, de troubles gastro-intestinaux; l'autre, en-

(1) A été l'objet en partie d'une communication de MM. BUSSEY et ROSNOBLET, Chef de Clinique et Interne du Service — Société des Sciences Médicales de Lyon, le 8 décembre 1920 — La malade est revue ultérieurement, par nous, et l'observation complétée.

fin, morte à 34 ans, probablement de tuberculose pulmonaire.

La malade a eu toujours une bonne santé. A 14 ans, apparition d'un goître kystique du lobe droit du corps thyroïde, qui n'a pas subi de développement marqué dans la suite, et qui n'a occasionné, jusqu'à l'heure actuelle, aucun trouble. La malade est mariée. Le mari est bien portant. Elle a eu 3 grossesses, dont deux enfants vivants, bien constitués. La troisième (à l'âge de 35 ans), aboutit à une fausse couche, sans cause bien déterminée; depuis cette date, pas de nouvelle grossesse.

L'affection remonte à juin 1919. Elle eut une attaque « grippale », avec fièvre et toux. A ce moment apparurent dans la gorge des érosions rouges, qui provoquaient des douleurs à la déglutition, et même des hémoptysies, lors des quintes de toux. Ces érosions persistent depuis cette date, avec des alternatives diverses d'amélioration et d'aggravation.

En juillet 1919, la conjonctive de l'œil gauche se prend à son tour. L'œil est rouge et collé le matin au réveil. La malade, à cette époque, consulte un spécialiste, qui pense à une inflammation provoquée par le trichiasis et l'entropion de la paupière inférieure gauche.

En septembre 1919, un médecin pratique l'arrachement des cils déviés, puis conseille, en décembre, le port d'un bandeau occlusif, tandis que la vue commence à baisser, car la cornée s'opacifie.

La malade a de fréquentes céphalées hémicraniennes gauches.

En avril 1920, la vision est complètement abolie, au point qu'un spécialiste conseille l'énucléation.

*
**

EN MAI 1920, première arrivée dans la clinique de

M. le professeur Rollet, où elle reste six semaines. Examen à l'entrée :

Oeil gauche : blépharo-conjonctivite attaquant surtout la paupière inférieure, qui présente de l'entropion avec trichiasis. Kératite panneuse très opaque et très vascularisée, laissant à peine entrevoir l'iris.

Hyperhémie très marquée de tout le globe. L'acuité visuelle est nulle.

Le traitement consista en instillations de collyres et applications de pommades antiseptiques.

Traitements du triachisis, par arrachement des cils et de l'entropion, par un galvanocautérisation sur la face cutanée de la paupière. La malade fit, en outre, deux séances de radiothérapie.

Les muqueuses buccales et pharyngées sont parsemées d'érosions et de plaques rouges superficielles, surtout au niveau du voile du palais.

La malade est envoyée en consultation dans les services de MM. les professeurs Collet et Nicolas; ce dernier fit le diagnostic de pemphigus chronique.

La malade ayant quitté l'hôpital revient cependant régulièrement à la consultation de la clinique ophtalmologique, où M. le professeur Rollet eut l'occasion, certain jour, de surprendre sur la muqueuse buccale, à la face interne des joues, une éruption bulleuse.

*
**

LE 23 NOVEMBRE 1920, la malade est de nouveau hospitalisée à la clinique.

On la met à un traitement ioduré intensif pendant quinze jours, mais elle présente rapidement des signes d'iodisme (salivation abondante, écoulement nasal muqueux, et larmoiement marqué des deux yeux).

À cette époque :

Oeil gauche : paupières rouges et légèrement œdématisées; la paupière supérieure est en léger ptosis; l'ouverture palpébrale est très diminuée. L'entropion de la paupière inférieure est moins prononcé. Il y a toujours du trichiasis. La conjonctive est fortement injectée et hyperhémisée. Elle secrète un muco-pus; de plus, des adhérences se sont produites entre les conjonctives bulbaire et palpébrale inférieure et un symblépharon partiel a détruit le cul-de-sac, et on met en évidence des brides allant de la paupière au limbe, lorsqu'on tente d'abaisser la paupière inférieure.

Dans le cul de sac supérieur, il n'y a que quelques adhérences, qui gênent pour retourner la paupière.

Les bords palpébraux se sont soudés entre eux en partant des canthus externe et interne, la fente palpébrale est ainsi notablement rétrécie en largeur.

La cornée est presque entièrement opaque (kératite panneuse), fortement vascularisée par d'assez gros vaisseaux, qui courent à sa surface (pannus crassus) qui est épithélialisée.

A l'éclairage oblique, et avec une forte loupe binoculaire on arrive à soupçonner l'iris et la pupille. La chambre antérieure semble libre.

OG : Vision qualitative, seule la lumière projetée est encore perçue.

L'œil est mou, hypotendu ($T = - 2$).

Oeil droit. — Rien d'anormal aux parties externes. Le cristallin paraît légèrement trouble dans son ensemble, mais sans point nets à l'ophtalmoscope.

O. D. — V. = $2/3$ avec + 1.

Bouche. — Dans la région du voile à droite et sur le pilier antérieur droit, les lésions actuelles sont peu nettes; il y a des lésions cicatricielles ponctuées, provoquées par les nombreuses cautérisations, dont le malade a été l'objet, et des plaques rougeâtres légèrement exulcérées.

Sur la lèvre, on voit deux petits éléments papuleux, blanc au centre et rouge à la périphérie.

Le pilier antérieur gauche est légèrement hyperhémicié.

Le reste de la muqueuse est décolorée.

Fosses amygdaliennes. — Profondes, les replis triangulaires sont marqués, les amygdales sont très enclavées.

Pharynx. — La paroi postérieure est rouge vernissée. On voit deux plaques longitudinales, légèrement exulcérées, avec une teinte blanche au centre et une bordure périphérique très rouge.

Larynx. — Dévié de 5° à gauche par suite de l'hyperthrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Les cordes vocales sont normales.

Le vestibule laryngé, paraît lui aussi, hyperhémicié et rouge vernissé.

Epiglote : rouge brique.

Le 8 décembre 1920, on constate l'apparition d'une bulle sur l'aile gauche du nez.

Comme *traitement*, la malade n'ayant pas supporté l'iode, a été soumise aux injections de novarsenobenzol.

Elle quitte la clinique fin décembre.

*
**

LE 20 MARS 1921. — La malade est admise pour la troisième fois à la clinique, à la suite d'une nouvelle éruption de pemphigus, sur la muqueuse buccale et sur la conjonctive de l'œil droit.

Le 13 mars, à la suite de phénomènes généraux peu marqués (légère fièvre, inappétence, céphalée), la malade présente au niveau de l'œil droit, jusqu'à présent indemne, une éruption typique de pemphigus sur la conjonctive; évolution rapide des vésicules; rupture de celles-ci; éro-

sions épithéliales consécutives, avec hyperhémie intense de la conjonctive. Le globe oculaire est rouge, larmoyant douloureux.

Eruptions bulleuses dans la bouche (région vélo-palatine droite).

Examen le 20 mars 1921 :

Oeil gauche. — Le globe oculaire, complètement privé de vision, présente, outre les lésions anciennes déjà décrites, un « symblépharon » presque total et des lésions évidentes de « Xérosis ». Au niveau de la partie découverte du globe (les paupières ne présentant qu'un ankyloblépharon partiel au niveau des canthus externe et interne), sur la cornée et sur la conjonctive bulbaire, on constate la présence de lésions dégénératives de couleur blanc jaunâtre; une pellicule sèche, non lubrifiée par les larmes, et d'aspect grasseyé, a remplacé le tissu normal.

Cette Xérophtalmie se laisse entamer par le grattage; on isole quelques fins débris de membranes qui, examinés au microscope, montrent, outre de nombreuses cellules épithéliales déformées, des microbes de la suppuration secondaire (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques) et des bacilles du Xérosis.

Oeil droit. — V. = 1/2 avec sphérique + 1.

Actuellement, l'œil n'est plus rouge, les exulcérations laissées par l'éclatement des bulles s'étant rapidement cicatrisées, mais au niveau du canthus interne, en écartant les paupières, on met en évidence des brides cicatricielles, qui tendent à souder les deux culs-de-sac conjonctivaux supérieur et inférieur.

Au niveau de la *cavité buccale*, lésions cicatricielles dans la région vélo-palatine et pilier antérieur droit.

Baisse de l'état général, pâleur, amaigrissement.

Traitement. — Instillations calmantes. Injections de néosalvarsan à petites doses (0 gr. 15) bi-hebdomadaires.

Mais, de nouveau, nous perdons de vue la malade, qui quitte la clinique quelque temps après.

Le pronostic que nous faisons pour son œil droit est fatal. Comme au gauche, le processus ne pourra être enrayé, et de plus l'état général menace fortement la vie de notre malade.

*
* *

OBSERVATION II (*Inédite*) (1)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Pemphigus chronique bilatéral, remontant à 20 ans, accompagné de pemphigus des muqueuses (bouche, vestibule laryngé, nez).

M^{me} V..., âgée de 41 ans.

A. H. — Père mort d'une attaque d'apoplexie. Mère morte, à 47 ans, d'un phlegmon au bras.

A. P. — A eu les maladies infectieuses de l'enfance (rougeole...). Elle souffre d'une bronchite à répétition.

La malade est mariée. Son mari est malade (troubles gastro-intestinaux).

Elle a donné le jour à 6 enfants : 3 sont morts en bas âge (le premier à 15 jours, un autre est mort de phénomènes méningés; l'autre, mort d'accidents analogues à l'âge d'un an). Les trois autres enfants sont en bonne santé et âgés respectivement de 15, 17 et 18 ans.

(1) Due à l'obligeance de M. le docteur ROSNOBLET,

Histoire clinique. — Début de l'affection à 21 ans. L'œil droit est atteint le premier, puis l'œil gauche est pris à son tour.

L'œil est rouge; des adhérences se forment dans les culs-de-sac et, à ce moment, la malade vient en consultation à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle est admise dans le service du professeur Gayet. On porte alors le diagnostic de « conjonctivite granuleuse » (avec trichiasis et entropion qu'on tente de guérir par des opérations plastiques des paupières).

A cette époque, la malade n'accuse aucune poussée de bulles sur la peau, ni sur les diverses muqueuses.

.... Progressivement, en deux ou trois ans, l'affection s'étendit aux deux yeux et peu à peu la vue s'obscurcit et la cécité s'établit.

Vision seulement qualitative (la lumière et les couleurs vives sont seules perçues).

A l'âge de 25 ans, ankyloblépharon des angles internes et externes; symblépharon total; épithélialisation de la conjonctive et de la cornée; cécité complète.

Depuis 1916, la malade est atteinte de pemphigus de la muqueuse buccale. Les poussées se succèdent à des intervalles variant entre 15 jours et un mois; elles gênent considérablement la mastication et la déglutition.

*
* *

LE 14 NOVEMBRE 1921, la malade se présente à la consultation de la polyclinique de M. le professeur Rollet.

On pratique l'examen :

Oeil. — Symblépharon total (disparition des culs-de-sac supérieur et inférieur).

Ankyloblépharon (soudure des canthus internes et externes).

Trichiasis et distichiasis (déviation des cils qui poussent en dedans.

Dans le peu large intervalle palpébral, on voit le tissu jaunâtre qui remplace la conjonctive bulbaire et la cornée.

Xérosis. Reflet nacré de la surface. Aspect sec; aucune sécrétion lacrymale. La sensibilité est complètement abolie.

O. D. G. — V. = q (la lumière vive, le rouge, le bleu et un peu le vert).

Orbite. — Diminution de la graisse orbitaire et de la glande orbitaire, se traduisant par une profondeur anormale du sillon orbito-palpébral supérieur.

Cavité buccale. — Cicatrices-types de bulles pemphigieuses crevées. Ces cicatrices, les unes anciennes, les autres récentes, prédominent sur la voûte et le voile du palais.

Laryngoscopie. — Bandes ventriculaires congestionnées, mais sans ulcérations; cicatrices nettes sur le bord de l'épiglotte qui est rouge et boursoufflée.

Nez. — Cicatrices anciennes sur la cloison.

Traitement : Il est prescrit à la malade une cure de radiothérapie.

*
**

OBSERVATION III

(Citée par DARTIGALONGUE, *Thèse de Bordeaux*, 1902-1903)
(WICHMANN, 1800)

Une femme souffre depuis onze ans de pemphigus généralisé; les deux yeux sont détruits.

OBSERVATION IV (Citée par DARTIGALONGUE)
(ALIBERT, 1833)

Femme ayant sur tout le corps des bulles d'où s'échappe un liquide purulent.

Sur la conjonctive, bulles remplies d'un liquide ichoreux.

*
**

OBSERVATION V (Citée par DARTIGALONGUE)
(CADE, 1836)

Jacques Claude; vingt-trois ans : bulle de la paupière supérieure droite. Elle crève en dedans en donnant du pus. Les deux yeux sont atteints de symblépharon, de xérosis et de trichiasis.

*
**

OBSERVATION VI (Citée par DARTIGALONGUE)
(COOPER, 1858)

Femme de 24 ans, atteinte de pemphigus des extrémités. Sur la conjonctive, bulles qui donnent du pus. Symblépharon quatre ans après.

*
**

OBSERVATION VII (Citée par DARTIGALONGUE)
(VON WECKER, 1858)

M. Raquet, 78 ans, est atteint de pemphigus généralisé depuis douze ans : le visage, la bouche et les yeux sont

atteints. Plusieurs fois, on a constaté des bulles sur la conjonctive. Ulcération de la cornée gauche, puis xérosis. Symblépharon presque complet.

Traitement par l'arsenic sans effet.

*
* *

OBSERVATION VIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(LASÈGUE, 1868)

R..., soixante ans, est atteint de pemphigus du nez, du visage, des gencives et du pharynx. Les deux yeux sont atteints de symblépharon.

*
* *

OBSERVATION IX (Citée par DARTIGALONGUE)
(HASSAN, 1868)

Pierre S..., 71 ans, atteint de pemphigus généralisé avec bulles à sérosité sanguinolente. On a constaté plusieurs bulles sur la conjonctive. Ulcération de la cornée gauche, avec hernie de la membrane de Descemet et synéchies postérieures. Etat très cachectique. Mort proche.

*
* *

OBSERVATION X (Citée par DARTIGALONGUE)
(KLEMM, 1870)

Trois enfants âgés de 4 ans furent atteints de pemphigus de la peau et des muqueuses. On constata plusieurs bulles sur la conjonctive.

OBSERVATION XI (Citée par DARTIGALONGUE)
(KUNKEL, 1875)

R..., jeune fille, 26 ans, est atteinte depuis un an de pemphigus de la peau. On voit souvent des bulles sur les conjonctives : vision abolie. La cornée est envahie par les conjonctives; symblépharon.

*
* *

OBSERVATION XII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SAMELSOLN, 1875)

F. M..., 58 ans, est atteint de pemphigus de la peau et surtout de la tête. Petite bulle de la conjonctive. Chaque éruption est annoncée par de la photophobie, du larmolement, de l'injection épisclérale, de la fièvre et un gonflement de la rate. Trichiasis, entropion cicatriciel, kératite vasculaire; aspect du trachôme.

*
* *

OBSERVATION XIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SAVY, 1876)

M^{me} X..., 63 ans. Aucun antécédent d'affection cutanée ou vénérienne.

En 1869, pemphigus buccal; poussées récidivant de temps en temps, et s'accompagnant de prurit et de brûlure. Eruptions bulleuses en des sièges divers et notamment derrière les oreilles, sur la conjonctive et seulement une fois ou deux sur le thorax et à la jambe.

Accolement complet du pavillon de l'oreille droite contre les téguments de la région mastoïdienne. La face in-

terne des joues présente des brides cicatricielles, qui empêchent la malade d'ouvrir complètement la bouche.

Symblépharon complet de l'œil droit; les cils sont tombés.

A l'œil gauche, l'ouverture maxima des paupières est de cinq à six millimètres. Les deux bords palpébraux réunis par un point membraneux à moitié transparent, à travers lequel on peut distinguer la sclérotique.

*
* *

OBSERVATION XIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(PFLÜGER, 1878)

M. E..., a été atteint, à 45 ans, de pemphigus de la bouche et du pharynx. Depuis, le revêtement cutané a été atteint. Les deux yeux sont atteints : fort entropion, perforation de la cornée avec enclavement de l'iris à droite. La conjonctive recouvre en partie les deux cornées. La maladie a duré dix ans et demi : perte complète de la vision et mort du malade. Fièvre à chaque éruption. Traitement par les compresses de camomille et des collyres d'huile d'olive et d'atropinè.

*
* *

OBSERVATION XV (Citée par DARTIGALONGUE)
(PFLÜGER, 1878)

Marie D..., 16 ans, a eu tout le corps couvert de bulles de pemphigus. L'œil droit n'est pas atteint. L'œil gauche est le siège d'une sécrétion purulente avec perforation de la cornée et enclavement de l'iris. Vision abolie.

OBSERVATION XVI (Citée par DARTIGALONGUE)

(BORYSIEWICZ, 1879)

M. A. F..., 76 ans : le penis a été atteint le premier de pemphigus. A l'œil gauche : conjonctivite rebelle, membranes diphtéritiques, cornée terne et perforée; symblépharon entre la conjonctive et la cornée, ankyloblépharon et xérosis.

L'œil droit a été attaqué plus tardivement, mais suit le même processus.

Traitement spécifique de la syphilis reste sans succès. Atropine, onguent belladonné, huile d'olive.

Etat général lamentable, cachexie complète.

*
* *

OBSERVATION XVII (Citée par DARTIGALONGUE)

(SATTLER, 1879)

Homme âgé de 38 ans. Pemphigus cutané.

Œil droit : la fente des paupières est rétrécie, le cul-de-sac inférieur n'existe plus, le cul-de-sac supérieur est très diminué : entropion et trichiasis. La conjonctive est comme arrosée de lait. Pannus crassus et xérosis de la conjonctive. Œil gauche : pannus; la conjonctive s'avance sur la cornée.

Mort de phtisie pulmonaire.

*
* *

OBSERVATION XVIII (Citée par DARTIGALONGUE)

(MEYER, 1879)

Malade atteint de pemphigus de la face. Atrophie des conjonctives. Xérophtalmie.

OBSERVATION XIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(CAMPBELL, 1880)

Homme de 72 ans, atteint de pemphigus généralisé. La conjonctive des deux yeux est atteinte.

*
* *

OBSERVATION XX (Citée par DARTIGALONGUE)
(ARLT, 1881)

Fillette de 4 ans est atteinte de pemphigus généralisé dont les différentes éruptions se produisent de deux mois en deux mois avec fièvre. L'œil droit n'est pas encore atteint, car on n'a pas pu suivre le cours de la maladie. L'œil gauche a été atteint de conjonctivite rebelle avec symblépharon; la conjonctive est grisâtre et ratatinée : ankyloblépharon. La cornée est presque entièrement recouverte par la conjonctive, un seul petit espace libre du côté nasal est xérotique.

*
* *

OBSERVATION XXI (Citée par DARTIGALONGUE)
(SOMOGGI, 1882)

Homme de 39 ans, sur le visage et le front duquel on a constaté 25 à 30 bulles à liquide jaune trouble. Les deux conjonctives sont recouvertes d'une membrane croûpale, qui découvre, si on l'enlève, un tissu saignant : symblépharon complet des deux côtés, au bout de deux mois. Au moment des éruptions, fièvre qui oscille entre 38 et 40 degrés. Traitement : sangsues, dont les piqûres deviennent purulentes dès le lendemain. Intervention chirurgicale sans résultat.

OBSERVATION XXII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SCHÖELER, 1882)

Fillette de 8 ans, atteinte à 1 an de pemphigus généralisé de la peau et des muqueuses. Les bulles laissaient échapper un liquide trouble ou sanguinolent. Le rectum, l'urèthre, les glandes et les petites lèvres furent atteints. La fente des paupières est fermée par une membrane croupale; la cornée est entourée d'un anneau terne. Ankyloblépharon et xérosis. Légère fièvre.

*
* *

OBSERVATION XXIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(MADER, 1882)

Homme de 78 ans. Bulles sur le tronc et les membres. Les muqueuses nasales, buccale et laryngienne sont atteintes, cette dernière si fortement qu'une trachéotomie est pratiquée d'urgence. Larmolement, photophobie, paupières épaissies. La conjonctive palpébrale est pâle, couverte d'écailles blanches. Symblépharon, cicatrisation des points lacrymaux : cornées ternes et xérotiques. Ulcère de la cornée gauche. Mort de bronchite fibrineuse.

*
* *

OBSERVATION XXIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(REICH, 1882)

Jeune homme de 19 ans, atteint de pemphigus de la peau. Larmolement; conjonctives troubles et comme arrosées de lait, transformées en tissu cicatriciel. Commis-sure externe rétrécie par ankyloblépharon.

OBSERVATION XXV (Citée par DARTIGALONGUE).
(HORNER, 1882)

Homme dont les deux yeux sont atteints. On essaie une transplantation de conjonctive humaine. L'évolution de la maladie continue quand même.

*
**

OBSERVATION XXXVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(CRITCHETT et JULER, 1883)

Femme, 50 ans. La conjonctive ressemble à une membrane sèche, rude et opaque, qui envahit les deux tiers inférieurs des cornées, elles-mêmes sèches et brunes.

*
**

OBSERVATION XXVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SCHWEIGGER, 1884)

Homme de 70 ans. La cavité buccale est atteinte. Conjonctivite rebelle. Symblépharon. Une bulle a été constatée sur la conjonctive bulbaire.

*
**

OBSERVATION XXVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SEGGER, 1884)

Soldat : bulles sanguinolentes du dos, des membres et de la paupière inférieure gauche. Stomatite. Conjonctivite aiguë et fièvre à chaque éruption.

OBSERVATION XXIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(STEFFAN, 1884)

Femme; pharynx et la cavité buccale sont atteints, ainsi que les paupières; la conjonctive s'atrophie lentement; ankyloblépharon de l'angle interne. Bulles sur la conjonctive inférieure droite. Vastes perforations des deux cornées, qui sont totalement détruites avec enclavements d'iris plusieurs fois excisés. Atrophie du bulbe.

*
* *

OBSERVATION XXX (Citée par DARTIGALONGUE)
(BAÜMLER, 1885)

Enfant, 9 ans; bulles à contenu séro-sanguinolent sur la peau et les muqueuses. Larmoïement, entropion, symblépharon et trichiasis. La cornée est recouverte d'une membrane demi-transparente avec un ulcère au centre. Les yeux sont à peine mobiles. La fente des paupières, qui a seulement 2 millimètres de large, ne peut ni s'ouvrir ni se fermer davantage. Xérosis de la conjonctive et de la cornée.

*
* *

OBSERVATION XXXI (Citée par DARTIGALONGUE)
(LANG, 1885)

F. W..., femme, 24 ans. Pemphigus généralisé. Une irritation insignifiante suffit pour provoquer l'apparition de bulles. Trichiasis, entropion, et symblépharon.

OBSERVATION XXXII (Citée par DARTIGALONGUE)
(COLIN, 1885)

Enfant, 4 ans. Début de la maladie par la bouche et le larynx. Bulles sur la peau et les muqueuses. Tout pincement provoque l'apparition de bulles. Symblépharon progressif : la fente des paupières est rétrécie. La cornée et la conjonctive sont recouvertes d'une membrane blanchâtre. La conjonctive envahit peu à peu les cornées, qui sont bientôt complètement recouvertes.

Traitement : atropine, zinc, lait, arsenic, bains, emmaillottements sans succès.

*
**

OBSERVATION XXXIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(GELPKE, 1885)

Fille de 14 mois. Bulles sur la peau du visage et des mains. Les cornées se sont ulcérées rapidement; elles sont blanches, comme saupoudrées de farine, ainsi que les conjonctives. Vastes perforations des cornées avec enclavement de l'iris, et émergence du cristallin.

*
**

OBSERVATION XXXIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(DICKINSON, 1886)

Femme, 60 ans. Bulles des paupières supérieures. Oeil droit : intact. Oeil gauche : une bulle sur la conjonctive bulbaire; entropion et symblépharon. La conjonctive envahit la cornée.

OBSERVATION XXXV (Citée par DARTIGALONGUE)
(TILLEY, 1887)

C. T..., garçon de 12 ans, a été atteint, dès l'âge de six ans, de pemphigus, avec bulles sur les bras et sur les mains. Ptosis, symblépharon; cornée voilée en bas, en forme de croissant : exsudats graisseux blanc-jaunâtre. Une opération contre le symblépharon a complètement échoué.

*
* *

OBSERVATION XXVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(SCHMIDT-RIMPLER, 1887)

Femme de 43 ans. Début de la maladie à l'âge de 35 ans, par des bulles sur les bras et sur les mains. Toute la peau du corps a été ensuite recouverte de bulles. Ptosis, symblépharon; cornée voilée à sa partie inférieure en forme de demi-lune; exsudats graisseux blanc-jaunâtre.

*
* *

OBSERVATION XXXVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(GOSETTI, 1888)

Femme, 77 ans. Début à 65 ans, par la région ombilicale. La maladie s'est, depuis, généralisée à toute la peau. Œil gauche : conjonctivite purulente, paupières bleuâtres : ouverture des paupières diminuée. La conjonctive envahit la cornée toute entière, comme un pannus carnosus. Œil droit : atteint plus tard, mais de la même façon. Exsudats croupeux, atrophie des bulbes oculaires.

OBSERVATION XXXVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(CZERMAK, 1888)

Homme atteint de pemphigus généralisé; la fente palpébrale ne paraît plus que comme un sillon peu profond, sans cavité conjonctivale.

*
* *

OBSERVATION XXXIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(MORRIS et ROBERTS, 1889)

Femme, 60 ans. Pemphigus de la peau et des muqueuses. Atrophie conjonctivale; la fente palpébrale est rétrécie. Les cornées sont voilées. Bulles sur la conjonctive. Vision qualitative.

*
* *

OBSERVATION XL (Citée par DARTIGALONGUE)
(SYMONDS, 1890)

Homme, 42 ans. L'épiglotte, le pharynx, le palais et la bouche sont atteints par le pemphigus. On a constaté des bulles sur la conjonctive de l'œil droit.

*
* *

OBSERVATION XLI (Citée par DARTIGALONGUE)
(VOSSIUS, 1890)

Fillette de 12 ans. Bulles à la jambe, à l'avant-bras et au visage, ensuite sur les paupières et la conjonctive, et

même plusieurs fois sur la cornée. L'atrophie de la conjonctive poursuivit sa marche. La cornée était xérotique dans sa moitié inférieure et voilée dans la moitié supérieure par un léger pannus. A chaque éruption correspondait un accès de fièvre.

Traitement : on a essayé deux fois, du reste sans résultat appréciable, une transplantation de la peau voisine des paupières:

*
* *

OBSERVATION XLII (Citée par DARTIGALONGUE)
(TAÜFFERT, 1891)

Enfant de 9 ans. Une bulie apparaît sur la cornée droite et peu après perforation et hypopion. Tout le corps a été atteint et peut-être aussi les poumons, car cet enfant est mort d'une pneumonie foudroyante.

*
* *

OBSERVATION XLIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(KROMAYER, 1891)

Homme, 40 ans. Muqueuse buccale est atteinte. Symblépharon double. Les cornées sont recouvertes de tissu conjonctif vascularisé.

*
* *

OBSERVATION XLIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(KOBNER, 1891)

Homme, 60 ans. Eruption autour de l'anus, au périnée, au pharynx, au larynx, et à la cavité buccale. Petites bul-

les sur la conjonctive bulbaire. Elles guérissent sans laisser de traces.

*
**

OBSERVATION XLV (Citée par DARTIGALONGUE)
(GROSS, 1891)

Femme, 47 ans. Début marqué par des bulles au sein gauche. La peau et les muqueuses buccales et pharyngiennes sont atteintes. Symblépharon et entropion. La conjonctive se change en une membrane blanche. Les paupières ne peuvent plus s'ouvrir largement. Pannus des deux côtés. Xérosis. Vision très affaiblie.

*
**

OBSERVATION XLVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(JULER, 1891)

Un géant qui eut une bulle sur la cornée et plusieurs dans le larynx et le pharynx.

*
**

OBSERVATION XLVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(DEUTSCHMANN, 1891)

Femme de 72 ans; elle souffre depuis six ans de pemphigus de la muqueuse buccale. La peau n'a jamais été atteinte. L'œil gauche fut pris, il y a 2 ans. Au moment de l'observation, cet œil était le siège d'un ankyloblépharon partiel et d'un symblépharon total. Xérosis de la cornée.

qui n'a plus que quelques petits points humides. Œil droit les mêmes symptômes, mais un peu moins accentués.

A droite, Deutschmann résolut le symblépharon et incisa la commissure externe; succès passager. Plus tard, il fit une transplantation de peau pédiculée sur la conjonctive de la paupière inférieure, tout en laissant la conjonctive adhérente au bulbe. Neuf mois après, le résultat paraissait satisfaisant, grâce à des cautérisations successives, en vue d'arrêter la marche envahissante de la conjonctive. Le lambeau pédiculé de peau transplanté devint xérotique, comme la conjonctive et la cornée, et fut plus tard le siège de deux petites bulles, bien que le reste de la peau fut indemne.

Morte complètement aveugle à 78 ans.

*
**

OBSERVATION XLVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SEIFERT, 1891)

Femme de 41 ans, cicatrices sur le nez, la langue et le pharynx; on a constaté une bulle sur l'épiglotte. Les conjonctives inférieures sont atrophiées; les conjonctives supérieures le sont à un degré moindre. Ankyloblépharon des angles internes des paupières.

*
**

OBSERVATION XLIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(BRAILEY, 1892)

Homme, 64 ans. Gorge et nez atteints. Entropion des paupières inférieures. Ankyloblépharon des angles internes.

OBSERVATION L (Citée par DARTIGALONGUE)
(FUCHS, 1892)

Homme âgé, bulles de la bouche à 20 ans; la muqueuse des joues est atrophiée. Oeil gauche, bulles et symblépharon; xérosis de la conjonctive et de la cornée. Même état moins prononcé à droite.

*
**

OBSERVATION LI (Citée par DARTIGALONGUE)
(JULER, 1892)

Femme de 50 ans. Pemphigus de la bouche. Conjonctivite rebelle, culs-de-sac atrophiés : entropion et photophobie. Bulle dans le cul-de-sac inférieur gauche. Symblépharon.

*
**

OBSERVATION LII (Citée par DARTIGALONGUE)
(MÜLLER, 1892).

Homme atteint de pemphigus généralisé. Trichiasis, entropion. Xérosis total des cornées. La partie des cornées qui n'est pas soudée aux paupières est couverte de croûtes épaisses. Au bord supérieur des cornées, on voit une fraîche éruption, ressemblant à de petits abcès. Une opération de trichiasis a été inefficace.

*
**

OBSERVATION LIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(GUNN, 1893)

Garçon, 14 ans. Bulles du nez et de la paupière supé-

rière gauche. L'œil a été énuclé à la suite d'un traumatisme. Œil gauche : compte à peine les doigts à 60 centimètres. La conjonctive est xérotique. Taches graisseuses sur la cornée. Deux ans après, à l'âge de 16 ans, on voit encore les cicatrices de la paupière supérieure, mais la cornée est claire et V. = 1.

Traitement par l'acide borique, l'éserine et l'arsenic.

*
**

OBSERVATION LIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(FROST, ADAMS, 1893)

Femme âgée. Atteinte de pemphigus généralisé. Conjonctive pseudo-membraneuse. Petites bulles dans les culs-de-sac supérieurs. Œil gauche : les trois-quarts inférieurs de la cornée sont recouverts d'une membrane vascularisée, cessant subitement. Le reste de la cornée est envahi par du pannus. Œil droit : la moitié inférieure de la cornée est recouverte d'une membrane vascularisée, mais plus mince. La partie supérieure est saine.

*
**

OBSERVATION LV (Citée par DARTIGALONGUE)
(EALS, 1893)

Femme, 36 ans, atteinte de pemphigus généralisé. Petites bulles du bord ciliaire des paupières. Une bulle de 4 millimètres, siégeant sur la cornée se remplit subitement de sang, au moment de l'examen de la malade.

Traitement : de l'iodure de potassium à l'intérieur provoque de nouvelles éruptions de pemphigus généralisé.

OBSERVATION LVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(EÄLES, 1893)

Un enfant de 14 ans souffre de pemphigus généralisé. Beaucoup de bulles sur les conjonctives : les conjonctives s'atrophient et les cornées se voilent.

*
**

OBSERVATION LVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(MORTON, 1893)

Homme, 77 ans. Urticaire persistant de la paume des mains. Bulle dans la bouche. Les conjonctives sont atrophiées. OEil droit : cornée complètement voilée. OEil gauche : un seul point transparent de la cornée, qui va en se rétrécissant.

*
**

OBSERVATION LVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(DODD, 1893)

Jeune homme. Bulles du thorax. OEil droit : normal. OEil gauche : conjonctives atrophiées, bulles du cul-de-sac inférieur.

*
**

OBSERVATION LIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(WYGOVSKY, 1893)

Femme, 24 ans. Atteinte de pemphigus généralisé. La cornée des deux côtés est recouverte par la conjonctive bulbaire. Xérosis des conjonctives et des cornées.

OBSERVATION LX (Citée par DARTIGALONGUE)
(GILLET DE GRAMMONT, 1893)

Homme, 77 ans. A eu la variole : les bulles sont apparues cinq mois après, au dos de la main droite et à la joue gauche. Les ulcérations ainsi produites ne sont jamais guéries. Cicatrices au palais. Ulcération des deux cornées qui sont recouvertes d'une membrane blanche : symblépharon et ankyloblépharon; le bulbe est atrophié et staphylomateux. La conjonctive s'avance en bas sur les cornées. Plus tard, vastes ulcérations des deux cornées, qui recouvre de plus en plus la conjonctive sur laquelle apparaissait une petite bulle.

Traitement : cautérisations des endroits xérotiques. Sur les ulcérations de la main, on fait plusieurs transplantations, dont une de peau de grenouille, mais sans succès. Des bulles apparaissent même, plus tard, sur les cicatrices.

Le malade est mort en 1896 d'une pneumonie.

*
**

OBSERVATION LXI (Citée par DARTIGALONGUE)
(HERMANN, 1893)

Homme, 35 ans, atteint de pemphigus des lèvres et des organes génitaux, et de la bouche. Bulles crevées aux yeux.

■
**

OBSERVATION LXII (Citée par DARTIGALONGUE)
(CRITCHELL et JULER, 1893)

Femme de 42 ans, souffre de pemphigus de la peau depuis l'âge de quatre ans et demi. Bulles de la bouche et du

pharynx. Œil droit : conjonctivite, atrophie conjonctivale, entropion, nombreuses bulles de la conjonctive. Œil gauche : conjonctivite.

*
**

OBSERVATION LXIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(UHTHOFF, 1893)

Homme, 49 ans, éruption sur la peau, et la cavité buccale. Conjonctivite croupale, ulcérations des paupières; atrophie des conjonctives et tendance à l'entropion. Cornees saines.

*
**

OBSERVATION LXIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(SERGEJEN, 1893)

Enfant, 6 mois. Les deux yeux ont perdu leur épithélium, par suite de nombreuses bulles conjonctivales et cornéennes.

*
**

OBSERVATION LXV (Citée par DARTIGALONGUE)
(ALBRAND, 1893)

Jeune fille, 17 ans. La maladie a débuté à l'âge de 8 ans, par une conjonctivite et des bulles sur la peau. Œil droit : entropion et distichiasis; symblépharon total. Xérosis de la conjonctive et de la cornée; pannus. Ensuite la cornée se ramollit, se perfora et guérit avec synéchies antérieures. Phtisie du bulbe. Vision abolie. Œil gauche : atro-

phie de la conjonctive; symblépharon sans xérosis proprement dit; pannus de toute la cornée.

*
* *

OBSERVATION LXVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(BERRY, 1894)

Femme, 47 ans. Bulles de la peau et des conjonctives palpébrales. Il en est résulté du tissu cicatriciel.

*
* *

OBSERVATION LXVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SACHSALBER, 1894)

Femme, 63 ans. Bulles de la peau, lorsqu'elle allait à l'école, puis plus rien jusqu'à l'âge de soixante ans. Conjonctivite; éruption bulleuse autour des deux yeux. Ankyloblépharon, symblépharon. Les conjonctives sont recouvertes d'un enduit graisseux. Double perforation de la cornée droite.

Traitement : une opération de trichiasis et la transplantation d'un lambeau pédiculé restent sans résultats.

*
* *

OBSERVATION LXVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(CRITCHETT, 1894)

La maladie a débuté dans les bronches, ce qui a donné l'illusion d'une bronchite capillaire. La peau, la bouche et

le pharynx sont atteints, et il y a perte absolue de la vision.

*
* *

OBSERVATION LXIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(ROSENTHAL, 1894)

Femme atteinte d'une éruption pemphigoïde de la conjonctive, de la bouche, de la langue et de la région lombaire.

*
* *

OBSERVATION LXX (Citée par DARTIGALONGUE)
(SEGCEL, 1894)

Jeune homme, 21 ans, nombreuses bulles sur la peau, la bouche et le pharynx. OEdème des paupières, entropion et blépharospasme. Les conjonctives, couvertes par des plaques grises, donnent beaucoup de muco-pus. Bulles nombreuses de la conjonctive et de la cornée. Symblépharon et ankyloblépharon. Pannus sur toute la cornée. Xérosis des conjonctives et des cornées.

*
* *

OBSERVATION LXXI (Citée par DARTIGALONGUE)
(BORTHEM, 1895)

Femme, 74 ans. Bulles sur la peau, du nez et du pharynx. Bulles des deux yeux. Symblépharon. La conjonctive recouvre la moitié de la cornée. Compte à peine les doigts à quatre mètres. Cataracte commençante.

OBSERVATION LXXII (Citée par DARTIGALONGUE)
(SOUEIX, 1896)

Fillette de 14 ans. A la suite d'une émotion, des bulles se sont produites immédiatement. Les mouvements des maxillaires sont entièrement paralysés. Symblépharon, sécrétion lacrymale interrompue. La cornée se recouvre d'une légère poussière. Fièvre à chaque éruption. Morte à 21 ans.

*
* *

OBSERVATION LXXIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(BECKER, 1896)

Jeune femme, 19 ans. Taches noirâtres de la conjonctive. On constate une bulle sur celle-ci.

*
* *

OBSERVATION LXXIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(FRANKE, 1896)

Homme, 59 ans, souffre de pemphigus généralisé. On a constaté des bulles sur la conjonctive.

*
* *

OBSERVATION LXXV (Citée par DARTIGALONGUE)
(SILCOCK, 1896)

Fillette, 8 ans. Bulles des pieds, des bras et du visage. Œil gauche énuclé pour perforation de la cornée.

Œil droit, cornée opaque et ulcérée largement. Xérosis de la conjonctive et de la cornée.

OBSERVATION LXXVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(GUNN, 1896)

Jeune homme, 25 ans. Pemphigus de la peau et des yeux. Bulles de la conjonctive. Ankyloblépharon et atrophie des conjonctives. A chaque éruption, une poussée de fièvre.

*
**

OBSERVATION LXXVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(ARNING, 1897)

Jeune fille, 16 ans. Pemphigus généralisé de la peau et des muqueuses. Symblépharon et conjonctivite rebelle.

*
**

OBSERVATION LXXVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(MEYER, 1898)

Jeune fille, 13 ans. Pemphigus généralisé. Œil droit : normal. Œil gauche : conjonctive atrophiée et laiteuse. Cornée voilée en bas et atteinte de pannus en haut.

*
**

OBSERVATION LXXIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(MEYER, 1898)

Femme, 75 ans. Bulles du thorax, du nez, de la langue et de la bouche. Les cornées sont ternes et reliées à la conjonctive par des trainées cicatricielles. Symblépharon et ankyloblépharon complets. Grand abcès plat de la cornée à l'œil droit.

OBSERVATION LXXX (Citée par DARTIGALONGUE)
(MEYER, 1898)

Femme, 51 ans. Bulles sur tout le corps et sur la muqueuse buccale; conjonctivite; bulles des paupières.

*
* *

OBSERVATION LXXXI (Citée par DARTIGALONGUE)
(MEYER, 1898)

Petit garçon de 3 ans. Pemphigus de la jambe et de l'abdomen; conjonctivite.

*
* *

OBSERVATION LXXXII (Citée par DARTIGALONGUE)
(WRAY, 1898)

Femme, 54 ans. Pemphigus généralisé. Conjonctive d'aspect diphtérique. Symblépharon. Bulles de la bouche.

*
* *

OBSERVATION LXXXIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(BURNETT, 1898)

Atrophie de la conjonctive. Symblépharon de la conjonctive et de la cornée.

OBSERVATION LXXXIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(BURNETT, 1898)

Négresse, 38 ans. Atrophie de la conjonctive. Symblépharon total et ankyloblépharon partiel. Xérosis.

*
**

OBSERVATION LXXXV (Citée par DARTIGALONGUE)
(BELLENCONTRE, 1898)

Femme 78 ans. Pemphigus généralisé avec bulles de la malléole externe droite. Œil droit : la conjonctive envahit la cornée et l'on ne voit plus au fond de la fente palpébrale, très rétrécie, qu'un magma blanc et rosé, derniers vestiges de la conjonctive et de la cornée. Plus tard, cet œil est complètement clos. Œil gauche : atteint plus tardivement ; la conjonctive s'épaissit, devient blanchâtre et envahit la cornée à sa partie inféro-externe.

Traitement : l'arsenic, les toniques variés, les glycérophosphates, comme traitement général, n'ont donné aucun résultat. Rien n'a pu arrêter les lésions, dont la progression a été fatale, ni le galvano-cauthère promené circulairement autour de la cornée, ni même l'électrolyse pratiquée à deux reprises, mais sans pouvoir la renouveler, à cause des souffrances intolérables déterminées par son application.

*
**

OBSERVATION LXXXVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(ANTONELLI, 1898)

Femme, 50 ans. Bulles de la face. Conjonctivite et symblépharon très avancé.

OBSERVATION LXXXVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(DUFOUR, 1898)

Enfant, 7 ans. Bulles de la peau et de la bouche. Bulles subites des yeux : l'enfant est comme blessé accidentellement et cesse ses jeux, cinq minutes suffisent pour former une bulle avec rougeur, larmolement et douleur. Les bulles des yeux coïncident avec celles de la bouche et une attaque de diarrhée.

*
* *

OBSERVATION LXXXVIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(WALTER et LASCHKEWITZ, 1898)

X..., 27 ans. Début oculaire à seize ans, rares bulles de la peau et des muqueuses. Distichiasis, atrophie de la conjonctive. Xérosis de la conjonctive et de la cornée avec pannus. Compte à peine les doigts.

Traitement : une transplantation de la muqueuse des lèvres n'a pas arrêté le processus.

*
* *

OBSERVATION LXXXIX (Citée par DARTIGALONGUE)
(SACHS, 1899)

Homme de 25 ans : muqueuse buccale atteinte; mouvements de la mastication très diminués. Bulles dans le nez, sur la conjonctive et sur la cornée. Symblépharon total; pannus. Vision presque nulle.

OBSERVATION XC (Citée par DARTIGALONGUE)
(FRANKE, 1900)

Homme, 70 ans. Symblépharon maintenant les yeux à moitié ouverts; la cornée est voilée; les culs-de-sac conjonctivaux n'existent plus. Une fente étroite remplace l'ouverture des yeux. Pannus et xérosis. Une transplantation de muqueuse préputiale dans la cavité conjonctivale reste sans effet.

*
**

OBSERVATION XCI (Citée par DARTIGALONGUE)
(FRANKE, 1900)

Femme, 60 ans. Pemphigus généralisé. Atrophie complète de la conjonctive. La malade perd la vue totalement car les conjonctives recouvrent toutes les surfaces cornéennes. Une transplantation de peau n'arrête pas les progrès de la maladie.

*
**

OBSERVATION XCII (Citée par DARTIGALONGUE)
(VON MICHEL, 1900)

Femme, 27 ans. Eruptions de pemphigus des paupières. On constate une seule bulle à l'angle externe de la fente palpébrale.

*
**

OBSERVATION XCIII (Citée par DARTIGALONGUE)
(VON MICHEL, 1900)

X..., affaiblissement progressif de la vision depuis un

an. Ankyloblépharon des angles internes des paupières. Distichiasis. Vision presque abolie. Rein atrophié.

*
* *

OBSERVATION XCIV (Citée par DARTIGALONGUE)
(VON MICHEL, 1900)

Enfant, 3 ans. Pemphigus généralisé. Bulles du visage des bras et de la muqueuse nasale. Œil gauche, symblépharon; xérosis et pannus de la cornée; plus de cavité conjonctivales. Phtisie du bulbe après ulcération de la cornée. L'œil droit est normal.

*
* *

OBSERVATION XCV (Citée par DARTIGALONGUE)
(VON MICHEL, 1900)

Enfant, 3 ans. Bulle sur la peau du dos. Conjonctives atrophiées et blanchâtres, couvertes de cicatrices. Ankyloblépharon de l'angle interne gauche. Entropion. Pannus.

*
* *

OBSERVATION XCVI (Citée par DARTIGALONGUE)
(PERGENS, 1901)

Homme, 72 ans. Bulles sur le thorax et les membres supérieurs. Elles se cicatrisent sous la forme de taches pigmentées, brunes. Quelques jours après, on a pu constater quelques exsudats de nature croûpale, grisâtres sur l'œil gauche. A la partie externe de la conjonctive bul-

baire, avec un abcès de la cornée assez étendu. La muqueuse nasale et le conduit auditif externe gauche sont parsemés de plaques grisâtres. L'état du malade va toujours en empirant; symblépharon presque complet conjunctivo-cornéen. La cornée est altérée et les culs-de-sac conjonctivaux ont disparu.

Le malade, désespéré, se noie quelques jours plus tard.

*
**

OBSERVATION XCVII (Citée par DARTIGALONGUE)
(PERGENS, 1901)

Fille d'un an. Bulles de tout le corps; l'enfant a une dilatation d'estomac, de l'albumine dans les urines et un peu de fièvre. L'œil gauche est atteint de panophtalmie; du pus s'en écoule par une perforation centrale de la cornée. Sur l'œil droit, on constate une bulle qui éclate bientôt et une perforation de la cornée se produit en cet endroit. Mort de la petite malade trois jours après son entrée à l'hôpital.

OEil droit : avait perdu son cristallin avant la mort. On ne reconnaît plus que des restes informes de l'iris, de la choroïde et de la rétine.

OEil gauche : examiné après durcissement : le cristallin est projeté en avant et appliqué contre la perforation. Les bords amincis de la cornée sont adhérents à la capsule du cristallin.

Des synéchies antérieures et postérieures sont manifestes; ces dernières se sont rompues sous l'action de l'atropine.

L'iris est pressé entre la membrane de Descemet et la capsule cristallinienne.

OBSERVATION XCVIII

(MARTIN et DARTIGALONGUE, 1901)

Femme, 59 ans, bien portante jusqu'à 57 ans. Le mari serait syphilitique d'après ses dires. Des brides cicatricielles empêchent de renverser les paupières. La profondeur des culs-de-sac est diminuée surtout à droite. La fente palpébrale est très réduite; à l'œil droit, on constate que des brides cicatricielles partant des paupières viennent s'implanter à droite et à gauche de la cornée. Seule la partie centrale reste transparente pendant quelque temps, mais bientôt toute la cornée devint opaque. Vision qualitative.

L'œil gauche est atrophié et sans vision par suite d'un traumatisme à l'âge de 5 ans.

Le symblépharon a commencé vers l'âge de 45 ans. Entropion. Trichiasis.

Traitement (de Martin, qui supposait l'origine syphilitique de la maladie) : iodure de potassium et sublimé, mais aucune amélioration et aucun arrêt du processus.

Le traitement chirurgical de l'entropion et du trichiasis avait été tenté par l'auteur, mais ces accidents se reproduirent rapidement.

Deux ans après (1902), Dartigalongue examine cette malade :

Oeil gauche : les deux paupières sont soudées par leur bord libre. Ankyloblépharon complet. Atrophie du bulbe.

Oeil droit : les culs-de-sac n'existent plus; la fente des paupières est très rétrécie par une ankyloblépharon des angles interne et externe. Cornée terne complètement xérotique et insensible, recouverte d'exsudations croûpales. Il se formerait de temps à autre, au dire de la malade, de « petits boutons ». Vision qualitative.

Du côté des muqueuses pharyngées et vaginales, éruptions concomittantes à celles des yeux.

L'état général, malgré cela, reste bon.

Le mari, examiné, ne dénote aucune trace de syphilis.

OBSERVATION XCIX
(DARTIGALONGUE, 1902)

Homme âgé de 57 ans. Bien portant jusqu'en avril 1901, où il fut pris subitement de vertiges, de céphalalgie intense... Cinq semaines après, se montra un eczéma généralisé avec prurit intense, suintement abondant et œdème de toute la surface cutanée. L'eczéma guéri est remplacé par une éruption bulleuse qui débute par les membres inférieurs et gagne bientôt toute la surface cutanée. La muqueuse buccale est aussi atteinte.

En novembre 1901, les troubles oculaires qui avaient été marqués jusque là seulement par une rougeur diffuse de la conjonctive, sont les suivants : Symblépharon des deux côtés. La cornée droite est le siège d'une ulcération inquiétante. La cornée gauche est intacte. Le tissu de la conjonctive a un aspect cicatriciel et s'avance peu à peu vers les cornées; à droite, léger pannus.

Le malade présente, du côté des organes génitaux, une affection blennorrhagienne, avec un phimosis récent. (Pour l'auteur, ce phimosis se serait formé par un mécanisme analogue à celui du symblépharon).

Examen du sang = éosinophilie (28,15 %).

En septembre 1902 : cachexie très prononcée. Les membres inférieurs sont œdématiés, et sont le siège presque journellement d'éruptions bulleuses à liquide jaune foncé.

Etat des yeux : l'œil gauche a été atteint d'une perforation de la cornée. Une bride cicatricielle relie la conjonctive supérieure à la conjonctive inférieure.

Les cornées opaques sont envahies par un pannus assez épais, surtout à gauche, où les culs-de-sac conjonctivaux n'existent plus. Les conjonctives sont xérotiques.

Symblépharon complet. Immobilité des globes oculaires.

Le malade est mort en décembre 1902, dans le coma urémique.

OBSERVATION C.

(SALVA, 1903)

Femme, 63 ans, ayant eu toujours une bonne santé; l'état général est devenu mauvais depuis quelque temps.

L'affection des yeux remonte à novembre 1900. En mai 1901 : trichiasis de chaque côté. Les culs-de-sac inférieurs sont rétractés des deux côtés par du tissu cicatriciel. Les supérieurs sont aussi rétrécis; au niveau des angles internes et externes, il n'y a presque plus de cul-de-sac. Conjonctives rouges, avec muco-pus.

La muqueuse buccale et la gorge sont atteintes.

Au mois de septembre, quelques jours après une pneumonie, elle eut une éruption de bulles sur un bras et sur la figure, qui disparurent en laissant sur la peau de légères macules pigmentées. Cette éruption fut bientôt suivie d'une autre, qui eut pour siège la figure. A cette époque, on constate deux ulcérations rondes de la conjonctive de l'œil gauche, l'une en dedans, l'autre en dehors de la cornée. Les lésions épithéliales laissent après un tissu cicatriciel qui rétrécit de plus en plus le sac conjonctival de chaque côté : à droite, dans le cul-de-sac inférieur, on voit deux brides cicatricielles allant du bord ciliaire au limbe cornéen. A gauche, ankyloblépharon. Les cornées sont opaques. Les lésions épithéliales sont très visibles, en instillant du bleu de méthylène.

En janvier 1902, le trichiasis a augmenté des deux côtés; à gauche, une ulcération de la cornée cicatrisée a produit un leucôme.

Février : œil droit, ulcération allongée sur le bord de la paupière inférieure, la cornée est ulcérée en dedans; on voit se former, tout autour de la partie transparente, un léger pannus. Œil gauche : cornée opacifiée par la formation d'un pannus crassus. La conjonctive et les paupières sont ulcérées en plusieurs points.

Septembre, les deux cornées sont recouvertes d'un tissu

granuleux. Vision : perception lumineuse; les culs-de-sac conjonctivaux n'existent plus; les bords des paupières cicatriciels sont arrondis; les cils sont comme atrophiés et ont presque disparu, aussi la malade souffre-t-elle moins.

A un moment donné, l'auteur a pu constater trois bulles cutanées sur les paupières et la racine du nez. Le symblépharon et l'ankyloblépharon deviennent complets; la vision, nulle. L'état général s'affaiblit de plus en plus.

Traitement : l'auteur a essayé toutes les médications, tant internes qu'externes, recommandées par ses devanciers, mais il n'a obtenu aucun résultat; « seuls les lavages antiseptiques faibles et les instillations calmantes ou mucilagineuses furent bien tolérés ».

*
* *

OBSERVATION CI (DE VAUCLEROY, 1904)

Jeune fille de 28 ans. Pemphigus à la joue et à la vulve.

La conjonctive des paupières supérieures est irrégulière; des brides unissent les conjonctives palpébrale et bulbaire dans les culs-de-sac inférieurs; par places : taches grisâtres. Les cornées sont recouvertes, en bas, d'une membrane grisâtre.

Traitement tonique par des injections de cacodylate de soude, sans aucun résultat.

*
* *

OBSERVATION CII (WIBO, 1904)

Enfant de cinq ans. Atteint de pemphigus de la peau et de la conjonctive. L'auteur insiste sur les désordres pro-

fonds que déterminent, du côté de l'œil, les cicatrices de pemphigus avec l'entropion et le trichiasis, qui en sont les résultantes, avec aussi les kératites ulcéro-pustuleuses, c'est-à-dire la menace d'une prompte destruction du globe.

*
* *

OBSERVATION CIII

(ANDERSON, 1904)

Femme de 29 ans, atteinte en août 1903 de pemphigus foliacé.

En novembre, on peut constater : la peau est couverte de macules pigmentées, la muqueuse buccale est craquelée, et les culs-de-sac conjonctivaux sont plus ou moins oblitérés. Une tuméfaction fluctuante existait à l'angle externe, tandis que dans un cul-de-sac inférieur on observait une rangée de vésicules bleuâtres.

*
* *

OBSERVATION CIV

(FROMAGET et LAVIE, 1906)

Jeune fille, hystérique; un léger traumatisme de l'œil droit provoqua chez elle des éruptions bulleuses du côté de cet œil. L'affection dura 2 ans.

*
* *

OBSERVATION CV

(MÜLLER, 1907)

Malade atteint de pemphigus à la suite d'une kératite parenchymateuse.

OBSERVATION CVI

(GUTMANN, 1908)

Homme de 64 ans. Pemphigus de la conjonctive seul, ni la peau, ni les muqueuses ne sont atteintes. Les deux yeux ont un symblépharon partiel.

A droite : opacité cicatricielle de la cornée. A gauche : xérosis de la conjonctive bulbaire.

*
* *

OBSERVATION CVII

(BICHATON, 1908)

Homme de 38 ans. Au début, lésions localisées à la gorge. Cinq ans plus tard, xérosis à l'œil droit, puis à l'œil gauche. Eruptions bulleuses sur la face interne des joues, sur le voile et sur la paroi pharyngée.

*
* *

OBSERVATION CVIII

(MONESI, 1909)

Jeune fille de 22 ans. A 15 ans, la malade a été atteinte d'éruptions de vésicules cutanées, à la figure; à celles-ci succédaient des croûtes. Un léger traumatisme sur la peau des autres parties du corps provoquait des lésions analogues. A l'âge de 20 ans, la malade accuse des maux de gorge, qui coïncidaient avec les éruptions cutanées, en même temps apparurent des troubles oculaires qui nécessitaient son entrée à l'hôpital. A cette époque, l'état des yeux est le suivant :

Des deux côtés, trichiasis et entropion. La conjonctive palpébrale est rouge, épaissie et présente de nombreuses

cicatrices en forme de raies irrégulières. Les culs-de-sac sont rétrécis et des brides cicatricielles réunissent la paupière au bulbe.

Les cornées présentent, surtout à droite, un voile à la partie supérieure et de petites ulcérations.

La face est couverte de croûtes, ressemblant à de l'impétigo.

La malade est atteinte d'une aphonie presque complète.

Traitement : instillation à doses progressives de sublimé. Ablation des cils... Sur la face, on fait agir des solutions salycilées, puis application de pommades salycilées.

Amélioration passagère, mais bientôt l'auteur constate l'éruption, sur la face, de grosses bulles; il ordonne alors à la malade de l'arséniate de fer. Nouvelle période de calme, cependant quelques temps après, des troubles assez graves apparaissent; la malade est prise subitement, tantôt à un œil, tantôt à l'autre, de douleurs vives, qui se calment au bout de 2 à 3 jours. Pendant l'accès, l'œil présente un larmoiment intense et de la photophobie.

Au bout de deux mois, l'auteur constate une bulle sur la conjonctive de l'œil droit, au fond du cul-de-sac inférieur. Cette bulle a une forme elliptique à grand diamètre horizontal et mesure environ 8×12 millimètres. Elle contient un liquide clair.

A sa sortie de l'hôpital, la malade n'accuse plus aucun phénomène douloureux, mais par contre les troubles oculaires persistent. A l'œil droit : xérosis, symblépharon, trichiasis. La cornée est transparente sur une faible partie; elle est opaque surtout au centre.

O. G. : xérosis et symblépharon; trichiasis. La cornée est recouverte d'un voile vascularisé.

En plus des traitements faits par l'auteur, une cure mercurielle avait été prescrite par un dermatologiste, mais elle ne donna aucun résultat.

OBSERVATION CIX
(E. et F. LANDOLT, 1910)

Homme âgé de 41 ans. Début de la maladie en 1903. On diagnostiqua à ce moment : trachôme et le malade fut traité pour cette affection, mais le mal progressait toujours.

En 1906, à l'œil gauche, symblépharon total; cornée entièrement xérotique. Vision : qualitative. L'œil droit présente un entropion de la paupière inférieure, aggravé de distichiasis. Le cul-de-sac inférieur est très diminué de hauteur. La conjonctive est gris-rougeâtre, sèche, dépolie. La cornée est en partie opaque.

L'œil gauche est jugé perdu; on tente de sauver le droit, par une intervention (21 février) :

1° Ablation de la conjonctive bulbaire malade. Dissection de la conjonctive avoisinante. Cette conjonctive est attirée en bas et suturée suivant une ligne verticale;

2° Ablation des cils déviés avec leur soi ciliaire (ils occupaient le tiers moyen de la paupière inférieure);

3° Dissection de toute la conjonctive doublant la paupière inférieure et excision de cette conjonctive;

4° Dissection, à la paupière supérieure, d'un abondant lambeau cutané présentant un très large pédicule à sa partie externe.

L'angle externe de la fente palpébrale est sectionné. Le lambeau est alors appliqué à la face cruentée de la paupière inférieure. Une série de sutures le fixe dans ce qui sera le fond du cul-de-sac et une autre série au bord cutané de la paupière.

Deux anses de fils sont placées dans le fond du cul-de-sac inférieur et leurs chefs sortant sur la joue sont noués sur deux bourdonnets de ouate. Enfin, la plaie de la paupière supérieure est fermée par quelques sutures.

À la suite de l'opération, l'état du malade reste excellent.

Le 3 mars, les fils sont retirés, le lambeau greffé conti-

nue à bien tenir. On coupe le pédicule de ce lambeau cutané; après quoi, on pose trois points de suture pour constituer l'angle palpébral externe.

Ces trois fils sont enlevés le 9 mars et l'œil est laissé sans pansements.

Le 14 mars, tout est épidermisé. Le cul-de-sac inférieur a une profondeur de plus de 5 mm. L'occlusion palpébrale se fait parfaitement. L'opéré quitte alors la clinique parfaitement guéri.

A son départ, la cornée s'est éclaircie et avec un verre concave 2, l'acuité visuelle est de $1/2$.

En 1909, les auteurs revoient leur malade.

Oeil gauche : même état qu'en 1906. Xérosis total de la conjonctive et de la cornée. Symblépharon total.

A droite, on constate, à la partie inférieure du limbe, une éruption suspecte pemphigôïde, s'étendant jusque sous la cornée.

On opère à nouveau (22 mai 1909) : autoplastie à lambeau pédiculé dermo-épidermique.

Excision de toute la partie inférieure de la conjonctive bulbaire allant du limbe jusqu'au cul-de-sac. La perte de substance est comblée avec un lambeau rectangulaire dermo-épidermique, disséqué de la surface cutanée de la paupière supérieure, parallèlement à son bord ciliaire, avec un pédicule, qui se détache de la région temporale, tout près de l'angle externe. Le lambeau est introduit sans canthoplastie et fixé au globe par huit sutures très fines.

Le 3 juin, on retire les fils, le lambeau transplanté est vivant et bien vascularisé par réunion immédiate. Le jeu des paupières se fait parfaitement et la partie de la cornée, qui s'était opacifiée dans le voisinage de l'éruption conjonctivale s'est éclaircie.

Le 9 juin 1909, l'œil gauche inutile est énucléé (bille d'ivoire dans la cavité orbitaire, et suture par-dessus des deux paupières).

Le 13 juillet, à l'œil droit, infiltration diffuse en forme de croissant et avec des vaisseaux de nouvelle formation,

dans le segment inférieur de la cornée, tout près du limbe. On fait une galvano-cautérisation très profonde et très étendue.

Les suites de cette intervention sont très heureuses avec des lavages au cyanure de Hg au 1/10.000 et l'instillation de gouttes de collargol, tout rentre dans l'ordre. La cornée s'éclaircit.

Huit jours après, acuité visuelle de 1,25 avec un verre concave sphérique de 2 D. combiné avec un cylindre concave de 0,5 à axe vertical.

*
**

OBSERVATION CX

(SHUNWAY, 1910)

X..., homme adulte; éruptions bulleuses dans le cuir chevelu, le tronc, les mains, les pieds et la muqueuse naso-pharyngienne. Symblépharon très marqué du tiers interne. La superficie de la cornée est couverte d'un tissu opaque.

L'auteur n'est pas partisan du traitement chirurgical.

*
**

OBSERVATIONS CXI ET CXII

(PYLE, 1910)

L'auteur rapporte deux cas de pemphigus chronique où tous les traitements, même la radiothérapie, ont échoué. Les deux malades ont perdu totalement la vue.

OBSERVATION CXIII

(ZENTMAYER, 1910)

Cas de pemphigus, dans lequel le traitement par les rayons X aurait amené, pendant un certain temps, un arrêt de l'évolution du processus.

*
* *

OBSERVATION CXIV

(BIETTI, 1910)

Homme de 39 ans. En décembre 1909, atteint d'éruptions de petites bulles sur la muqueuse. Des cautérisations au nitrate d'argent ne font pas disparaître ces lésions, au contraire, de nouvelles éruptions apparaissent. On note de la fièvre. Mais celle-ci disparaît fin janvier.

En février, de nouvelles bulles réapparaissent à la bouche, à la langue et peu après on constata une conjonctivite à l'œil droit.

Examen le 24 février :

La muqueuse de la bouche, de la langue, des gencives présente des taches et des ulcérations étendues et multiples.

A l'œil droit : rougeur et tuméfaction considérable des conjonctives palpébrale et bulbaire, avec d'abondantes sécrétions visqueuses, dans lesquelles l'examen bactériologique décèle des bacilles du xérosis et des cocci.

A l'angle interne, on aperçoit une tache blanc-grisâtre, ressemblant à une fausse membrane, mais elle ne peut pas être séparée facilement, au moyen d'une pince, de la conjonctive bulbaire. Cette tache disparut d'elle-même par élimination des lambeaux, au bout de quelques jours.

Quelque temps après, la sécrétion catarrhale n'étant pas augmentée, on voit cependant une autre tache blanc-grisâtre, ayant tous les caractères de la première, mais disposée

en demi-lune autour de la partie inféro-interne de la cornée. Cette tâche disparut comme la précédente assez rapidement.

L'œil droit en voie d'amélioration, on constate une conjonctivite à l'œil gauche, et les mêmes phénomènes ne tardèrent pas à se dérouler, mais moins accentués qu'à l'œil droit, et l'on ne vit point de taches blanc-grisâtre.

En avril, on n'observait plus aux yeux qu'un peu d'irritation conjonctivale, avec un peu de sécrétion.

Comme traitement : désinfection antiseptique des surfaces et des sacs conjonctivaux.

Les accidents du côté des muqueuses allèrent en empirant. On fait le traitement spécifique avec 20 injections de sublimé.

Les yeux étant presque guéris, le malade est soigné par des dermatologistes, qui excluent toute idée de syphilis. A ce moment, apparurent sur le tronc des bulles assez grosses, qui laissèrent après elles des érosions et des ulcérations qui donnèrent des croûtes jaunes ou noirâtres.

Plus tard, ces croûtes furent remplacées par des macules pigmentées, de couleur rouge-cuivré.

Le malade avait une fièvre continue rémittente. Les dermatologistes (Barduzzi et Simonelli) portèrent le diagnostic de « pemphigus aigu fébrile ».

Le malade entre à l'hôpital. On constate de nouvelles poussées de bulles, accompagnées de prurit et de douleur si violente que tout mouvement lui est impossible.

Mauvais état général, mais les yeux n'ont toujours pas été l'objet d'une nouvelle récurrence.

Le malade, désespéré, met fin à ses jours en se jetant par la fenêtre.

*
**

OBSERVATION CXV

(BOURGEAIS, 1911)

Homme de 36 ans, vient consulter l'auteur pour son œil

droit, le 25 mai 1906. A ce moment, cet œil est dans un état très grave. La cornée porte un vaste ulcère infectieux avec perforation à la partie supérieure. Adhérences entre les conjonctives bulbaires et palpébrales.

En 1904, le malade avait eu des douleurs dans la gorge. Il eut, en même temps, des troubles gastriques. On lui fit, à cette époque, un traitement mercuriel et on lui ordonna de l'iodure de potassium.

Comme traitement local : pilocarpine, iodoforme.

En janvier 1908, malade presque aveugle. Les deux paupières gauches sont immobilisées par un symblépharon. Dans leur entrebâillement, on peut apercevoir la cornée, qui est recouverte d'une membrane panniforme. Il n'y a aucune trace d'ulcération. A la surface de l'œil existe une sécrétion blanchâtre et visqueuse.

La muqueuse bucco-pharyngée est enflammée avec, çà et là, des plaques blanchâtres. On aperçoit même, à un moment donné, une bulle sur la voûte palatine, en même temps qu'il en apparaît une sur la tempe droite.

L'auteur intervient sur l'œil gauche le 4 février 1908 :

Après avoir instillé de la cocaïne dans l'œil gauche, une dissection profonde des deux culs-de-sac de la conjonctive fut pratiquée.

Un lambeau, comprenant toute l'épaisseur de la peau, fut pris à l'avant-bras gauche (face supéro-externe, partie glabre) de la femme du patient. Un autre lambeau fut emprunté de la même façon, un peu plus petit, à l'autre avant-bras. Le lambeau le plus grand fut placé à cheval sur le bord supérieur d'une pièce de prothèse ordinaire, de façon à ce que la face cruentée reste extérieure; pièce et greffe furent ensuite glissées très exactement dans le cul-de-sac supérieur, puis l'autre lambeau fut inséré rapidement dans le cul-de-sac inférieur, le long du bord inférieur de la pièce artificielle, la face cruentée en contact direct avec le cul-de-sac et en effaçant soigneusement tous les plis.

Ensuite, pansement aseptique. Par conséquent, aucune suture.

Le cinquième jour, la pièce artificielle fut retirée avec précaution. Les greffes avaient parfaitement pris.

Le malade, rentré chez lui, prend de l'arrhénal, onctions oculaires à l'eau bouillie tiède. Gargarismes pour la gorge.

Fin avril. — Etat de l'œil satisfaisant.

Mai. — Quelques brides cicatricielles apparaissent du côté de l'angle externe, sans qu'on ait noté la formation de bulles. Cautérisation au thermo-cautère de toutes ces brides.

Octobre 1909. — Etat de l'œil gauche satisfaisant. Les culs-de-sac conjonctivaux existent, mais avec réduction de la moitié de leur profondeur. Cornée un peu terne.

Octobre 1910. — Même état. L'acuité augmente.

*
**

OBSERVATION CXVI

(BOUCHART, 1911)

Femme, 33 ans; en juin 1910, présente des phénomènes infectieux, subits, très graves, avec fièvre très élevée, oligurie, et des éruptions vésiculeuses sur les muqueuses buccale, pharyngée et vaginale sont simultanément atteintes. Du côté de la peau, les éruptions siègent sur la face, le cuir chevelu et les membres.

Quelques jours après, les yeux injectés et tuméfiés présentent des petites brides cicatricielles. On les sectionne d'urgence et on fait des onctions fréquentes pour empêcher la soudure des paupières avec le globe.

Fin août. — Violente photophobie, conjonctivite avec larmolement et écoulement nasal.

La cornée présente des petites ulcérations superficielles. Dans les culs-de-sac, quelques brides. Les brides sectionnées n'ont pas reparu.

Traitement : désinfectants au cyanure de Hg dans des infusions aromatiques ou mucilagineuses. Quelques instillations cicatrisantes et calmantes; le traitement général consiste en médicaments à base de fer, arsenic et strychnine.

*
**

OBSERVATION CXVII

(FEHR, 1911)

Pemphigus de la conjonctive au cours d'une syphilis maligne. L'auteur admet chez son malade une relation de cause à effet entre l'infection et la manifestation oculaire. Il croit qu'il s'agit d'un pemphigus à manifestation uniquement oculaire.

Le 606 n'a donné qu'un résultat passager. Une transplantation de la muqueuse buccale sur le globe libéré du symblépharon a réussi, mais paraît déjà devoir être suivie d'une nouvelle poussée.

*
**

OBSERVATION CXVIII

(CASALI, 1911)

Homme, 54 ans. L'affection cutanée remonte à 2 ans environ, et commença par les membres supérieurs et peu à peu s'étendit aux autres parties du corps. Les poussées bulleuses étaient accompagnées d'un peu de prurit, mais seulement quand les bulles se rompaient. Ces dernières laissaient des croûtes, puis des cicatrices. Soigné dans une clinique dermatologique, où l'on fait le diagnostic de pemphigus chronique, il eut plusieurs rechutes.

En juin 1911, nombreuses traces d'éruptions sur la peau et aux muqueuses buccale et pharyngée.

Etat des yeux. — Œil droit : à l'angle externe, légère érosion de la peau, de forme quadrangulaire, de 2 mm.

de côté. La paupière supérieure est légèrement rouge, comme aussi le bord de la paupière inférieure.

La conjonctive palpébrale est hyperhémée, ainsi que la bulbaire, spécialement dans la partie supéro-interne, où le limbe conjonctival est légèrement soulevé, d'aspect gélatineux et s'avance sur la cornée.

Oeil gauche : érosion ovalaire à plus grand diamètre transversal de 6 mm, sur la peau de la paupière supérieure (moitié externe). D'autres érosions au-dessous de celle-là, ovalaires aussi, mais un peu plus petites, de la peau voisine du bord libre, et près de l'insertion des cils. Les deux paupières sont rouges et légèrement tuméfiées, spécialement la supérieure; l'inférieure présente un entropion et un trichiasis. La moitié interne du cul-de-sac inférieur est rétrécie; on enlève à la pince une sorte de membranelle blanc-grisâtre, tenue, qui se continue avec la conjonctive; et on constate alors que le cul-de-sac est moins profond.

Sur la cornée, vaste ulcération en demi-cercle parallèle au limbe, tandis que dans la partie inféro-externe la cornée est infiltrée, de telle sorte qu'il n'existe qu'une petite portion centrale de la cornée, saine. La pupille est en myosis.

Traitement : atropine, pommade au rouge écarlate au 1/10, lavages et compresses d'acide borique.

Au bout de quelques jours, la partie de la membranelle restée adhérente s'élimine d'elle-même, mais après quelques jours, il s'en forme une autre, au même endroit, qui s'élimina de la même façon. Une troisième apparut huit jours après, et le cul-de-sac inférieur se rétrécit de plus en plus.

La cornée est devenue opaque dans sa totalité.

*
**

OBSERVATION CXIX. (SANTOS FERNANDEZ, 1912)

Fillette d'un an et demi. Eruptions sur la peau et nom-

breuses bulles, remontant à une huitaine de jours. Les yeux sont atteints à leur tour. Les conjonctives palpébrales sont couvertes d'ulcérations qui saignent, quand on cherche à ouvrir la fente palpébrale. La cornée et la conjonctive bulbaire restent saines. Le diagnostic de « syphilides conjonctivales ulcéreuses » est fait par l'auteur avec l'aide de confrères dermatologistes.

Traitement : frictions mercurielles. Localement, collyre d'atropine et lavage antiseptique des yeux, mais la petite malade meurt quelques jours plus tard.

*
* *

OBSERVATION CXX (SANTOS FERNANDEZ, 1912)

Garçon âgé de 6 mois, malade depuis sa naissance. Toute la peau a été couverte d'éruptions et, à l'heure actuelle, présente l'aspect d'une « espèce de gélatine desséchée ».

La maladie commença par des ampoules qui, depuis, s'infectèrent. Dans la dernière poussée, elles envahirent les paupières des deux yeux, et il s'est produit un ectropion cicatriciel, qui occupe les paupières des deux côtés, laissant ainsi les yeux à découvert; par suite, les globes oculaires s'infectèrent à leur tour, d'où : kératite suppurée.

L'état général se maintient assez bon.

On ne relève aucun antécédent spécifique chez les parents.

Deux mois plus tard, la peau est toujours malade.

L'ectropion atteint son maximum aux deux yeux. Le droit a la cornée entièrement opacifiée et l'atrophie du bulbe commence.

A gauche, la moitié de la cornée reste saine.

Un an après, peau non guérie.

Pronostic fatal pour l'œil droit. A gauche : la malade a

une vision limitée par une pupille linéaire, par suite du leucôme de la moitié inférieure de la cornée, et de l'ectropion de la paupière supérieure.

L'auteur compte faire, dans la suite, une autoplastie avec greffe pédiculée dermo-épidermique, à l'œil gauche. (Procédé Landolt), avec plus tard une pupille artificielle. Cela dès que l'état de la peau des paupières le lui permettra.

*
* *

OBSERVATION CXXI

(LE ROUX, 1913)

Fillette de 9 ans. Père tuberculeux mort d'un cancer à l'estomac. Mère bien portante, pas de fausses couches, pas d'enfant mort. La malade a deux sœurs plus âgées et venues à terme.

Entre à l'hôpital le 9 mai 1909. Chétive et malingre, elle ne se lève presque jamais, et elle ne peut pas manger de la viande sans voir apparaître une diarrhée intense.

Elle n'a jamais eu d'écoulements d'oreilles; ses dents sont dans un état lamentable, petites et comme usées et complètement gâtées.

Depuis sa naissance, elle est atteinte d'éruptions cutanées à intervalles assez rapprochés. Certaines bulles sont petites, d'autres sont grandes comme la paume de la main. Toutes les parties du corps ont été successivement atteintes (la face, plus rarement).

Avant l'apparition de la bulle, se montre une rougeur de la peau; puis la bulle se produit; elle éclate assez rapidement et fait place ensuite à des croûtes suintantes, si bien que le corps de la pauvre enfant n'est plus qu'une vaste plaie. Ces bulles sont entourées d'un étroit liseré de cou-

leur rosée. Le liquide qu'elles renferment est citrin, quelquefois un peu rosé. Après leur disparition, il subsiste pendant très longtemps de la rougeur de la peau, puis la rougeur finit par disparaître à son tour sans laisser de traces.

On donne à la malade du sirop de Gibert, mais cette médication ne semble avoir aucune influence sur la maladie. On pratique une réaction de Wassermann, celle-ci est positive.

Depuis son entrée à l'hôpital (il y a cinq ans), l'enfant a eu, à cinq ou six reprises, des poussées oculaires se présentant chaque fois avec les mêmes caractères :

Tout d'abord, photophobie et larmoiement intenses. Blépharospasme. Sur les paupières fermées apparaissent des bulles, semblables à celles qui existent sur le corps. Les conjonctives sont également le siège de bulles qui se rompent très rapidement.

Quant à la cornée : sur sa surface se forment des « cloques » qui crèvent vite, si bien qu'elle semble recouverte d'une sorte de pelure d'oignon très mince et plissée. Acuité visuelle : nulle.

Tantôt les deux yeux sont pris, tantôt un seul. Au bout d'une huitaine de jours, tout rentre dans l'ordre, les lésions oculaires se réparent. Le traitement appliqué consiste en compresses chaudes, atropine et pommade à l'oxyde jaune.

*
**

L'auteur rejette le diagnostic de « dermatite herpétique de Dühring » et en fait un cas de « pemphigus chronique » ; pour nous, notre conviction est que ce cas doit plutôt être rangé parmi les « érythèmes polymorphes bulleux », si variés dans leurs manifestations, mais nous ne pouvons pas admettre le diagnostic de pemphigus vrai chronique, car, comme nous l'avons dit, cette affection

évolue toujours progressivement et ne subit aucune régression, chaque poussée augmentant les désordres et amenant peu à peu le symblépharon total et le xérosis avec l'opacité plus ou moins complète de la cornée.

L'auteur base son diagnostic sur les faits :

1° « Mauvais état général », mais celui-ci, probablement provoqué par les désordres gastro-intestinaux (la petite malade ne peut tolérer la viande par exemple), est aussi une condition de l'érythème polymorphe bulleux;

2° « Bulles sur les paupières », ceci ne suffit pas, car pemphigus vrai et affections pemphigoïdes peuvent donner des bulles;

3° « L'aspect si particulier de la conjonctive », elle est hyperhémisée et il y a des bulles qui se rompent rapidement, mais il n'y a pas de ces taches blanc-grisâtre, pas de brides cicatricielles, les culs-de-sac ont leur profondeur normale;

4° « L'aspect de la cornée », l'épithélium est plissé et détaché, mais tout se répare, en ne laissant que quelques petites taies. Il n'y a pas d'ulcérations, pas d'infiltrations; l'acuité en dehors des crises est normale.

Toutes ces raisons font que nous sommes d'avis de rejeter le diagnostic de « pemphigus chronique ».

*
**

OBSERVATION CXXII

(BORDLEY, 1913)

Homme de 39 ans; de santé robuste jusqu'en 1912, où des éruptions de bulles apparurent sur tout son corps et sur ses lèvres.

Des bulles apparurent sur le bord des paupières inférieures. Les conjonctives oculaires étaient remplies de petites hémorragies, qui, bientôt, confluèrent. Les conjonc-

tives envahirent les cornées. Les hémorragies disparurent rapidement (traitement : solution de sulfate de zinc). La conjonctive ne s'ulcéra jamais, la cornée resta à peu près claire, l'acuité visuelle ne subit aucune diminution.

Mais le malade meurt rapidement (en quatre mois).

*
* *

OBSERVATION CXXIII

(STIEREN, 1915)

Homme, 47 ans. Syphilitique. Atteint, six mois avant, d'une éruption bulleuse sur tout le corps; les yeux n'ont pas été épargnés.

Examen des yeux. — Photophobie intense, entropion léger des deux paupières inférieures. Conjonctives brillantes avec un léger écoulement de muco-pus. Symblépharon à la paupière inférieure ($1/3$ interne) de l'œil gauche. Brides cicatricielles à droite.

Les deux cornées sont légèrement opacifiées. Les conjonctives envahissent une partie de leur surface.

La photophobie diminua.

On fit une « canthoplastie » pour chaque œil, avec dissection et retournement des symblépharons. Cela donna une amélioration satisfaisante de l'entropion.

Traitement : d'abord atropine puis pilocarpine.

Bichlorure de Hg avec doses progressives. Le malade met fin à ses jours d'un coup de fusil.

*
* *

OBSERVATION CXXIV

(STIEREN, 1915)

Enfant de 6 ans : entre à l'hôpital le 10 février 1915, présentant de nombreuses lésions de la peau sur toute la sur-

face du corps, y compris le cuir chevelu et la face, avec impossibilité d'ouvrir les yeux.

Dans les antécédents, on trouve que l'enfant a été vacciné vers le 15 septembre 1914. Environ 4 semaines après, une grosse ampoule apparut sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, bientôt suivie d'une autre au lobe de l'oreille gauche. Enfin, de nombreuses ampoules se virent sur les bras, les jambes et le tronc. Elles étaient de grandeurs variées et souvent confluaient les unes vers les autres et donnaient alors des ampoules très volumineuses, qui se rompaient spontanément, en laissant écouler une grande quantité de sérosité. Elles laissaient la place à des croûtes épaisses.

Des éruptions analogues se produirent sur les paupières, où les croûtes arrachées par l'enfant donnaient des surfaces saignantes.

Entropion très marqué des paupières inférieures et supérieures. Celles-ci ne peuvent être séparées de celles-là, étant unies par une bande d'adhésion continue occupant, à gauche, la moitié extérieure et à droite, la moitié interne. On intervient sous anesthésie (canthoplastie externe) et on constate des deux côtés des symblépharons. On excisa toutes ces brides.

La cornée droite était opacifiée avec, au centre, une tache jaune de 3 à 4 mm. de diamètre, paraissant située dans la profondeur.

La cornée gauche était légèrement voilée.

L'enfant a du blépharospasme si fort qu'on ne peut le vaincre. Au bout de 2 mois, les lésions externes des paupières se cicatrisèrent. La conjonctive était pâle, brillante et rétractée. Sur la cornée gauche apparut une tache jaune. L'enfant peut, à cette date, surmonter son blépharospasme et ouvrir les yeux, mais il est complètement aveugle.

Dans la sérosité des bulles on trouva des « diplocoques » moins grands que les gonocoques.

Malgré des Wassermann négatifs, le malade avait suivi un traitement mercuriel et pris de la liqueur de Fowler.

OBSERVATION CXXV

(CIRNICIONE, 1915)

Femme de 32 ans; mère d'une fillette atrepsique; sujet névropathe et très maigre.

En quatre semaines, toute la surface du corps se couvrit d'éruptions bulleuses, fièvre continue, inappétence invincible, désordre mental.

Sur les conjonctives, catharre avec peu de sécrétions, seule la surface cutanée palpébrale est libre de bulles, qui partout ailleurs se succèdent.

Sur la conjonctive, on n'observe jamais aucune bulle, et les culs-de-sac se maintiennent normaux et la cornée reste transparente jusqu'à la mort qui survient par épuisement au bout de 11 mois, à partir du début de l'affection.

Wassermann = négatif.

Dans les sérosités conjonctivales, on trouve quelques petits cocci intra et extra-cellulaires.

*
* *

OBSERVATION CXXVI.

(CIRINCIONE, 1915)

Homme, 70 ans; en bonne santé, se présente à un médecin à cause de la gêne que lui causait un entropion de la paupière inférieure de l'œil droit. On corrige l'entropion, mais au bout de quinze jours, celui-ci se reproduit, avec de plus une petite ulcération cornéenne avec hypopion, ce qui l'empêche de voir.

Le malade entre à l'hôpital.

On constate que le cul-de-sac inférieur a disparu et du trichiasis. La paupière supérieure adhère au globe jusqu'à 5 mm. du globe. Les culs-de-sac supérieurs et latéraux n'existent plus.

Réaction de Wassermann = négative.

Cuti-réaction à la tuberculine (Pirquet), faiblement positive.

On soupçonne alors la tuberculose ou le pemphigus. Au bout d'un mois, la cornée était transformée en une cicatrice, à laquelle adhéraient les lisières palpébrales.

Six mois après, on vit apparaître sur le dos du pied, la joue droite et l'oreille gauche des bulles caractéristiques.

La rétraction conjonctivale progresse rapidement; et malgré tous les soins médicaux et chirurgicaux, l'œil gauche, à son tour, subit le sort de l'autre sans passer par la phase. Le corps se recouvre presque tout entier de bulles qui guérissent et récidivent et finalement le malade meurt aveugle trois ans après le début de l'affection.

*
**

OBSERVATION CXXVII

• (CIRINCIONE, 1915)

Jeune fille, 22 ans; de constitution fragile, anémique. A la suite d'un accès de fièvre, elle vit sur sa joue droite, sur les paupières et sur la lèvre supérieure, de petites vésicules pleines d'un liquide transparent, qui disparurent deux jours après, en laissant sur la peau des taches pigmentées.

Toutes les trois ou quatre semaines les attaques se répétaient. Bientôt, l'œil droit devint rouge, la paupière légèrement œdématisée, déterminant de la photophobie avec des douleurs intermittentes.

Elle fut soignée pour « trachôme », mais non seulement l'œil droit restait malade, mais les culs-de-sac supérieur et inférieur s'étaient rétractés et le bord interne des cils s'était dirigé contre la cornée (distichiasis).

A l'examen, la cornée est entourée d'une forte vascularisation, le sac conjonctival inférieur réduit à moins de la moitié de sa profondeur, le supérieur réduit un peu moins. Le bord ciliaire interne tourné contre la cornée. A l'angle

interne et à l'angle externe la paupière était attachée au globe. (La conjonctive intermédiaire étant disparue). Le cul-de-sac inférieur est fortement rouge, des flocons de mucus épais et blancs se déplacent sous la paupière inférieure (analogues à ceux de la conjonctivite printanière).

La cornée est restée transparente. Sa sensibilité et celle de la conjonctive sont diminuées. Sur les lèvres et les joues on voit des taches sombres, rougeâtres, à la place où étaient les vésicules.

On voit des excoriations sur la voûte palatine et les parois du pharynx. /

La malade fut prise à plusieurs reprises d'attaques fébriles, avec éruptions de bulles de grandeur très variable (2 cm. à 1 mm. de diamètre).

A l'œil gauche, hyperhémie diffuse, sécrétions peu abondantes, épaisses, blanches, en forme de filaments logés dans les culs-de-sac.

Organes internes sains : menstruation et fonction intestinale régulières. /

Cuti-réaction (Pirquet) : faiblement positive.

Wassermann : négatif.

Pas d'éosinophilie.

[L'auteur fit des cultures de la sérosité d'une grosse bulle conjonctivale, qui était apparue au cours d'un accès de fièvre (38°). Il trouva des microcoques très petits placés deux par deux, analogues par certains points au pneumocoque].

*
* *

OBSERVATION CXXVIII

(CIRNIGIONE, 1915)

Femme, 34 ans; mariée, d'une constitution médiocre.

En juin 1913, conjonctive droite hyperhémisée, avec gêne.

En août, la conjonctive gauche devint rouge à son tour; peu à peu, le fornix inférieur droit disparut; le supérieur également, en treize mois.

Le globe oculaire adhéra aux paupières; dans l'intervalle de ces dernières, la cornée restée à découvert devient rapidement opaque et blanchâtre, comme du tissu scléreux, mais sans jamais s'ulcérer.

Au-dessus de la cornée, on voit une couche conjonctive peu vascularisée.

A l'œil gauche, les culs-de-sac sont diminués en profondeur; la conjonctive est rouge, avec des filets de muëus blancs. La cornée est infiltrée, mais encore transparente.

De temps en temps, on voit des recrudescences sans cause apparente. La sensibilité de l'œil est diminuée autant sur la cornée que sur la conjonctive et les paupières.

Jamais de fièvre, jamais d'éruptions cutanées.

Wassermann : négatif (la malade a quatre enfants sains).

Réaction à la tuberculine : positive.

Légère éosinophilie (5 %).

[Dans la sérosité conjonctivale, outre de nombreux microbes variés, l'auteur isole, au moyen de cultures, de petits diplocoques].

*
**

OBSERVATION CXXIX

(COULON, 1917)

Femme, 50 ans; éruptions observées pour la première fois vers le 1^{er} août 1915.

En décembre 1915, elle présentait de larges bulles sur tout le corps. Les deux yeux étaient atteints. A l'œil droit, on voyait une tache jaunâtre à 3 cm. de la cornée, du côté nasal (grandeur : 3 mm. environ de diamètre).

Une autre tache se voyait près du limbe du côté temporal.

L'œil gauche présentait deux taches analogues.

Les culs-de-sac commencent à se rétrécir d'une façon notable.

*
**

OBSERVATION CXXX

(COULON, 1917)

Femme de 50 ans, Américaine; n'a jamais été bien robuste, mais sans maladie cependant.

Le 15 mai 1915, elle se plaint d'un entropion de la paupière inférieure gauche...

En juin 1916, une érosion se développe, couvrant la moitié inférieure de la cornée gauche. En même temps, iritis. En un mois, le cul-de-sac inférieur disparaît.

En décembre, le cul-de-sac inférieur droit, à son tour, diminue rapidement de profondeur.

En février 1917, la malade ne peut ouvrir ses yeux que de 2 à 3 mm., car les deux paupières sont fixées sur toute leur longueur, sur le globe oculaire et sur la partie inférieure de la cornée.

La cornée gauche est obscurcie par un exsudat blanc-sale, qui peut être enlevé, mais avec difficulté; montrant en dessous une infiltration diffuse de la cornée proprement dite, couverte d'un épithélium terne et sec. Ankyloblépharons externe et interne apparus en moins d'un mois.

L'œil droit est semblable à l'œil gauche, sauf que la cornée resta encore intacte pendant quelque temps.

Gengivite soignée en pure perte par un dentiste. La malade dit qu'elle sent parfois des ampoules dans la bouche, qui se brisent en deux ou trois minutes, et qui lui causent des douleurs intenses lorsqu'elle mange. Elle ne peut plus, du reste, ouvrir la bouche qu'à moitié, à cause de la rétraction de la muqueuse.

Le pharynx était indemne.

Il n'y avait pas de lésions de la peau.

OBSERVATION CXXXI

(DE SAINT-MARTIN, 1921)

Jeune fille, 24 ans. Observée pour la première fois le 22 décembre 1911.

Père mort tuberculeux. Mère d'une santé robuste.

La jeune fille a eu, à l'âge de 15 mois, une inflammation bilatérale des conjonctives, avec des poussées inflammatoires survenant à des intervalles irréguliers.

Elle subit, à l'âge de 3 ans une opération à la paupière supérieure gauche (probablement pour trichiasis), puis une seconde opération palpébrale au même œil, à 5 ans. Une intervention identique est pratiquée à la paupière supérieure de l'œil droit à 11 ans; puis une semblable à 14 ans; une autre encore à 16 ans.

Malingre et chétive, elle a des stigmates d'hérédo-syphilis.

Les yeux sont le siège de lésions :

A gauche, les bords palpébraux, privés de cils sont entièrement soudés au pourtour de la cornée, dont l'épithélium épidermisé paraît se continuer sans transition avec celui des paupières et s'exfolie par places.

Vision qualitative depuis 4 ou 5 ans.

A droite, les lésions sont moins avancées : la paupière supérieure est en entropion presque total, les cils frottant directement sur la cornée. Les culs-de-sac sont partiellement comblés, brides cicatricielles allant jusqu'au limbe.

La cornée est à peu près totalement opacifiée par une infiltration interstitielle uniforme avec vascularisation profonde; ulcérée dans sa partie supérieure.

Vision : compte les doigts à un mètre.

La malade a été, jusqu'à présent, traitée comme trachomateuse, et les opérations qu'elle a subies avaient pour but

de corriger un entropion bilatéral et sans cesse récidivant.

L'auteur apprit que la malade, depuis l'âge de 15 mois, était sujette, à des intervalles de temps inégaux, à des crises de douleur extrêmement vives, lui arrachant des cris.

Il assista, un jour, à l'éclosion d'une bulle conjonctivale, une autre fois, il put constater les débris épithéliaux conjonctivaux d'une bulle rompue quelques instants auparavant.

Rien aux muqueuses, ni à la peau. Traitement : on redresse le bord palpébral et on traite la kératite due au trichiasis.

Comme médication interne : sirop de Gibert. (Wassermann : positif). En outre, 40 injections intra-veineuses de cyanure de Hg. Pendant la durée de ces injections, les poussées bulleuses ne se reproduirent pas. Deux très légères crises ayant eu lieu au début d'octobre, 12 nouvelles injections de cyanure furent suivies, en décembre, de 4 injections de néosalvarsan (0,40 et 0,60), après quoi elle reprit du sirop de Gibert. Aucune poussée ne se produisit d'octobre 1912 à juillet 1914.

L'état général devint meilleur, la malade augmenta de poids.

La cornée toujours infiltrée et vascularisée a été, au cours de ces deux années, le siège d'ulcérations superficielles récidivantes, mais vite calmées par le traitement local : le larmolement, dû à l'oblitération des points lacrymaux par suite de bulles formées au niveau de l'angle interne a cédé au cathétérisme; enfin, l'acuité est restée stationnaire (doigts comptés à un mètre).

La malade, non suivie par l'auteur de 1914 à 1919, vu les circonstances, abandonna, peu à peu son traitement.

Les poussées de pemphigus sont réapparues à l'œil droit peu après la cessation du traitement, mais elles sont un peu moins violentes qu'autrefois.

En juin 1919, les brides cicatricielles sont plus nombreuses. Les culs-de-sac sont moins profonds, le symblépharon a progressé notablement.

Le traitement est repris sous forme de sirop de Gibert (15 gr. par jour, 20 jours par mois. Les crises cessent et ne se sont pas renouvelées jusqu'à présent (janvier 1921).

L'état est stationnaire; quelques cils déviés constituent seuls une gêne intermittente. Le processus est actuellement enrayé.

*
* *

[Notre travail était déjà à l'impression lorsque M. le professeur Rollet nous communiqua le livre de A. *Gabriélidés* « Des conjunctivites » (Constantinople. Imprimerie Estia, Galata, 1921); cet auteur, dans son chapitre ayant trait au pemphigus, rapporte une observation personnelle que nous donnons ci-dessous].

Homme de 57 ans, atteint depuis trois jours d'un pemphigus généralisé « aigu ». Dès qu'on entre dans sa chambre, une odeur désagréable, presque spéciale vous surprend. Il existe des bulles sur la peau, dans la bouche et dans le pharynx. Les deux conjonctives sécrètent un pus abondant, délié; ganglion préauriculaire augmenté de volume et douloureux à la pression; petites pseudo-membranes dans le cul-de-sac inférieur avec surface exulcérée; petites membranes sur le bord libre des paupières, dans la partie interne. Sécrétions et pseudo-membranes, stériles d'abord, montrent au dixième jour des streptocoques. Eosinophilie = 18 %.

Le malade est mort en trente jours.

CONCLUSIONS

I. — Les éruptions bulleuses doivent être divisées en deux classes :

Le pemphigus vrai (forme aiguë et chronique) et les pemphigoïdes. Elles peuvent avoir pour siège : la peau et les muqueuses et, par conséquent, l'œil et ses annexes.

II. — Toutefois les affections bulleuses atteignent l'œil rarement. Si le pemphigus oculaire « vrai » est extrêmement rare, et le plus souvent méconnu, les affections pemphigoïdes sont relativement plus fréquemment observées, et ont un pronostic en général bénin. Sur les 131 observations que nous relatons, 60 environ (dont deux observées dans la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet), peuvent être rangées dans la catégorie des « Pemphigus vrais ».

III. — L'étiologie du pemphigus vrai n'est pas encore précisée; il semble qu'elle puisse être regardée comme causée par un microorganisme non encore déterminé.

La pathogénie en est de ce fait assez obscure.

Le pemphigus vrai et la syphilis sont deux entités morbides distinctes; elles peuvent néanmoins évoluer simultanément chez le même individu.

IV. — Les symptômes du pemphigus oculaire, surtout au début, sont si peu marqués, qu'ils passent inaperçus. Il est assez rare de constater l'apparition de bulles et, le plus souvent, un entropion avec trichiasis attirant l'attention, on voit d'emblée des ulcères conjonctivaux et cornéens, avec parfois des pseudo-membranes. Dans un stade plus avancé, la cornée s'opacifie et des brides cicatricielles se forment dans les culs-de-sac.

Progressivement ces lésions aboutissent au xérosis avec symblépharon et ankyloblépharon... d'où abolition totale de la vision.

V. — Le diagnostic est difficile, surtout au début. Il l'est moins, quand on constate des lésions pemphigineuses sur des muqueuses (particulièrement muqueuse bucco-pharyngée), ou sur la peau.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les diverses pemphigoïdes et le trachôme, où l'on voit des granulations surtout dans le cul-de-sac supérieur, avec leur aspect caractéristique.

VI. — Le pronostic du « pemphigus vrai » de l'œil est très grave, puisque cette affection aboutit à la cécité complète, si la cachexie n'a pas emporté le malade auparavant.

VII. — Le thérapeutique du « pemphigus vrai de l'œil » est, à l'heure actuelle, impuissante à enrayer les progrès de la maladie. On peut, en certains cas,

en particulier dans les formes au début, essayer le traitement chirurgical, sans espoir de mettre le malade à l'abri des récidives.

Le traitement interne consiste dans l'emploi des arsénicaux et des toniques.

Localement : instillations calmantes, mucilagineuses et antiseptiques légers.

Enfin la radiothérapie pourra être tentée.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ETIENNE ROLLET.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 1^{er} décembre 1921.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — Untersuchungen z. pathologie des pemphigus conjunctivae. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, bd. XXIII, II, I., p. 35, 1910).
- ALBRAND. — Sur le pemphigus de la conjonctive. (*Klin. Monats. für Angenh.* 1894, vol. XXXII, p. 220).
- ALIBERT. — Cliniques de l'hôpital saint Louis, 1833.
- ARLT. — *Darstellung der Krankheiten des Auges*, 1881, p. 84.
- AUBARET. — Pemphigus généralisé à la peau, à la conjonctive et à la région pharyngo-laryngée. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, 1901, p. 26).
- BANE. — Ectropion following pemphigus (*Colorado Ophthal. Society*, p. 16, 1910).
- BÄUMLER. — Pemphigus conjonctival (*Klin. Monat. für Angenh.*, 1885, p. 329, vol. XXIII).
- BELLENCONTRE. — Le pemphigus de la conjonctive (*Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie*, t. XVI, 1898, p. 240).

BIETTI. — Un caso di pemfigo della congiuntiva. (*Annali di ottamologia*, 1910, p. 637).

BLUTRAU. — Berlin. (*Klin. Wochenschrift*, vol. XXX, p. 671).

BORDLEY. — A case of pemphigus of the conjunctiva. (*The Ophthalmic Record*, 1913, t. XXII, p. 545).

BORYSIEKIEWICZ. — *Zeh: Klin Monat. Angenheilk*, 1879, vol. XVII, p. 326.

BOUCHART. — Pemphigus de la conjonctive. (*L'ophthalmologie provinciale*, 1911, p. 67).

BOURGEOIS. — Pemphigus oculaire (*L'ophthalmologie provinciale*, 1911, p. 7).

BONVIN. — Présentation d'un cas de pemphigus aigu. (*Klin. Monat. für Angenheilk*, t. L, p. 339).

BROCC. — Traité de dermatologie pratique, t. II, p. 296.

BROWN. — Pemphigus of the conjunctiva, with report of a case (*Annales of ophthalmology*, July 1904).

BÜRK. — *Klin Monat. für Angenheilk*, vol. XLI, p. 761.

BUSSY ET ROSNOBLET. — Communication d'un cas de pemphigus chronique de la conjonctive. (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 8 décembre 1920).

CADE. — Observations sur la Xérophthalmie. (*Gazette médicale de Paris*, 1836).

CASALI. — Un caso di pemfigo oculare. (*Annali di Ottamologia*, 1911, t. XL, p. 481).

CHANDLER. — Pemphigus of conjunctiva. (*Americ. Journal of Dermatology*, april 1910, p. 197).

CIRINCIONE ET SPECIALE. — Contributo allo studio del pemfigo congiuntiviale. (*La Clinica oculistica*, t. XV, settembre-ottobre, 1915, pp. 281-295).

COHEN. — *Archv. of Ophthalm.* p. 65, vol. XXXVI.

CONN. — Sur le pemphigus oculaire. (*Breslauer Aertzt. Zeitschrift*, 1885, n° 10). — Ankyloblépharon total par le pemphigus. (*Zeitschrift für Angenheilk*, 1903, t. X, p. 421).

COOPER (White). — Pemphigus de la conjonctive. (*Ophthalmic Hosp. Reports*, n° 4, vol. I, p. 155, 1858).

COPELLI. — Sulla etiologia e patogenesi del pemfigo. (*Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle*, 1914, t. LV, pp. 572-602).

COPPEZ. — Pemphigus de la conjonctive. (*Société belge de Dermatologie*, 14, VII, 1901).

COULON (Franck). — Essential Shrinkage of the conjunctiva occurring in acute and chronic pemphigus, with a report of two cases. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, année 1917, p. 206).

DARTIGALONGUE. — Contribution à l'étude du pemphigus oculaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1902-1903).

DAHNHARDT. — *Deutsch. Med. Wochensch.*, vol. XIII, 1887, p. 711.

DELMIRO DE CARALT. — Pemfigo ocular : orientaciones sobre su clasificación, etiología y tratamiento. (*Archivos de Oftalmología hispano-americanos*, t. XVIII, septembre 1918, pp. 413-438).

DEMME. — *Verhandlung des Cong. d. Inn. Med.*, Wiesbaden, 1886, p. 336.

DEUTSCHMANN. — Sur le pemphigus conjonctival. (*Beiträge zur Angenheilk*, 1891, vol I, p. 119).

DOYNE. — Pemphigus de la conjonctive. (*Ophthalm. Society of the United Kingd.* (Brit. med. Journal, 1900).

DUFOUR. — Compte rendu à la Société Française d'Ophthalmologie. (*Bulletins et Mémoires de la Société F. d'O.*, t. XVI, 1898, p. 249).

- FEHR. — Pemphigus de la conjonctive au cours d'une syphilis maligne. (*Société d'Ophtalmologie de Berlin*, 1911).
- FRANKE. — Der pemphigus und die essentielle Schrumpfung, der Bindehaut des Auges. (*Eine klinisch-kritische Studie*, Wiesbaden-Bergmann, 1900).
- GELPHE. — Sur le pemphigus de la conjonctive. (*Klin. Monat. für Augenheilk.*, p. 191, 1885, vol. XXIII).
- GILLET DE GRAMMONT. — *Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Opht.*, 1893, p. 403.
- GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle, 1919, p. 247.
- GOSETTI. — Pemfigo della congiuntiva. (*Annali di Ottamologia*, 1888, p. 288).
- GROUSSET. — Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus chronique. (*Thèse de Bordeaux*, 1912-1913).
- GUNN. — Cas de pemphigus de la conjonctive. (*Transaction Opht. Soc. United Kingd.*, 1893, vol. XIII, p. 30).
- GUTMANN. — Société ophtalmologique de Vienne, mars 1908.
- KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. (*Traduction et notes de BESNIER ET DOYON*, 1891, pp. 806-822).
- KLEMM. — Communications sur une épidémie de pemphigus à Leipzig. (*Archiv. Klin. Med.*, t. IX, 1870).
- VON KRIES. — Essentielle Schrumpfung conjunctivae. (*Archiv für Ophtalmol.*, 1878, t. XXIV, p. 157).
- KÜMMEL. — Über eine atrophierende Konjunctivitis mit Symblepharonbildung. (*Arch. für Augenheilk.*, 1914, t. LXXVII, pp. 200-205).
- LANDOLT (E. et F.). — Un cas de pemphigus de la conjonctive guéri. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1910, t. XXX, p. 337).
- LE ROUX. — Sur un cas de pemphigus oculaire. (*Archives d'Ophtalmologie*, 1913, p. 750).

- MONESI. — Sopra un caso di pemfigo oculare. (*Annali di Ottalmologia*, 1909, p. 620).
- MORAX. — Article « pemphigus » dans l'*Encyclopédie française d'Ophthalmologie* de Lagrange et Valude, t. V, 1906.
- PAUAS. — Traité des maladies des yeux, t. II, p. 247.
- PERGENS. — Pemphigus des Auges. (Berlin. S. Karger, 1901).
- RADAELI. — Studio della etiologia del pemfigo. (*Giornale italiana delle Malattie veneree e della pelle*, 1917).
- SACHSALBER. — Pemphigus conjunctival. (*Klin. Monatsbl. für Angeneilk*, 1894, vol. XXXII, p. 241).
- DE SAINT-MARTIN. — Pemphigus de la conjonctive et hérédo-syphilis. (*Annales d'oculistique*, t. CLVIII, mai 1921, p. 338).
- SALVA. — Le pemphigus de la conjonctive. (*Dauphiné médical*, novembre 1903, p. 268).
- SAMELSOLN. — Sur les troubles vaso-moteurs de l'œil. (*Archiv. für Ophtaml.*, 1875, t. XXI, p. 64).
- SANTOS-FERNANDEZ. — Dos casos de pemfigo que afectaron los ojos. (*Archivos de oftalmologia*, février 1912, t. XII, p. 56).
- SAVY. — Thèse de Paris, 1876, pp. 48 et suiv.
- SCHÖELER. — Pemphigus. (*Centralblat. für prakt. Heilkunde*, 1903, p. 26).
- SHUMWAY. — Société des médecins de Philadelphie, section d'ophtalmologie. (*Annales de oftalmologia*, Mexico, juin 1910, t. XII, p. 490).
- STEFFAN. — Pemphigus conjunctivæ. (*Klin. Monatsbl. für Angeneilk*, 1884, vol. XXII, p. 271).
- STELLWAG. — Traité d'ophtalmologie pratique, 1870, p. 430.
- STIEREN. — Pemphigus of the conjunctiva. Report of two cases. (*The ophthalmic Record*, vol. XXIV, 1915, p. 493).

TOMMASI. — Contributo allo studio sulla etiologia del pemfigo. (*Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle*, 1918, t. LIX, p. 146).

UNTOFF. — Un cas de pemphigus de la conjonctive. (*Berlin Med. Wochensch.*, 1893, vol. XXX, p. 372).

DE VAUCLEROY. — Pemphigus de la conjonctive. (*Revue Générale d'Ophthalm.*, 1905, p. 155).

DE WECKER. — Traité complet d'ophtalmologie, t. I, p. 438.

WEIDLER. — Pemphigus of the conjunctiva. (*Archives of Ophthalm.*, t. XI, p. 283).

WIBO. — Pemphigus de la conjonctive avec pemphigus de la peau. (*Journal médical de Bruxelles*, 1904).

WOOD. — Pemphigus of both eyes. (*Chicago Ophth. Society Ophthalmic Record*, 1904).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAP. I. — <i>Définition, Historique</i>	11
CHAP. II. — <i>Classification des « Pemphigus »</i>	15
CHAP. III. — <i>Etude des Pemphigoïdes</i>	18
Urticaire bulleux	19
Erythème polymorphe bulleux	19
Dyshidrose bulleuse	20
Pemphigus herpétiforme à poussées succes- sives	21
Pemphigus aigu des nouveaux-nés.....	23
Pemphigus syphilitique.....	24
Autres variétés de pemphigoïdes.....	25
CHAP. IV. — <i>Etude du Pemphigus vrai</i>	26
Anatomie pathologique.....	27
Étiologie et pathogénie.....	30

Symptomatologie	40
Diagnostic	44
Pronostic	45
Traitement	46
OBSERVATIONS	51
CONCLUSIONS	120
BIBLIOGRAPHIE	123
